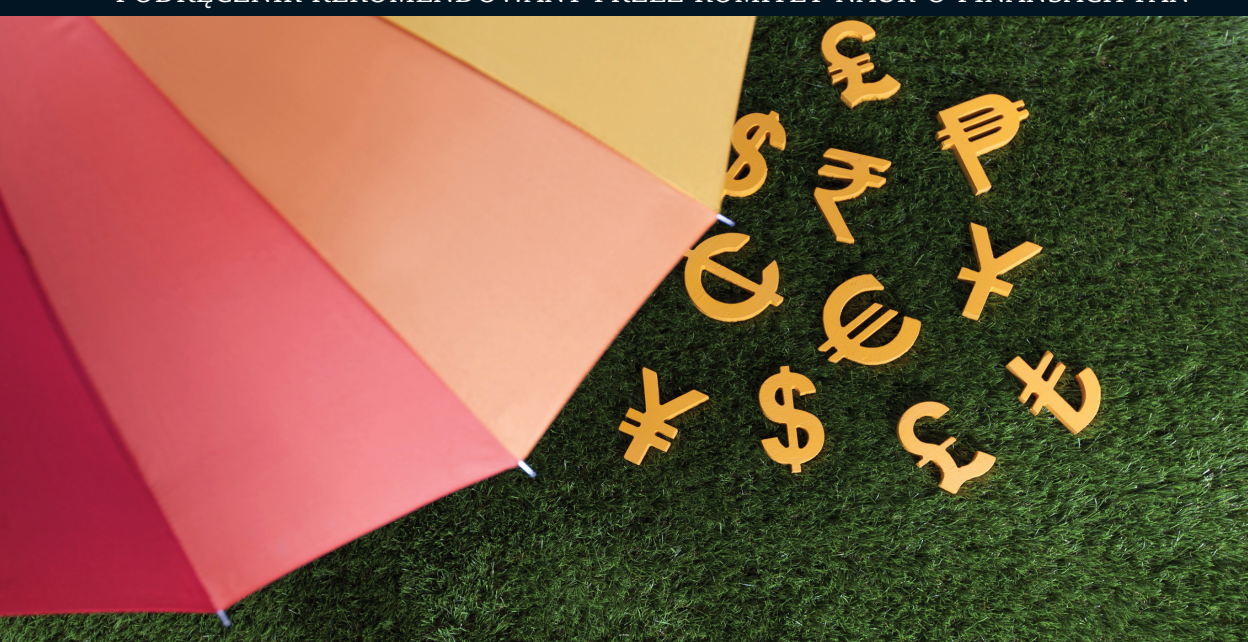
Redakcja naukowa

Wanda Ronka-Chmielowiec

Ubezpieczenia

C·H·BECK

PODRĘCZNIK REKOMENDOWANY PRZEZ KOMITET NAUK O FINANSACH PAN



zakupiono w sklepie: Ibuk (Azymut)
identyfikator transakcji: 4801761
znak wodny: virtualo

Ubezpieczenia

FINISE

Autorzy:

Teresa Bednarczyk
Marta Borda
Teresa Czerwińska
Marietta Janowicz-Lomott
Anna Jędrzychowska
Marcin Kawiński
Patrycja Kowalczyk-Rólczyńska
Ilona Kwiecień
Marzanna Lament
Jacek lisowski
Krzysztof Łyskawa
Marek Monkiewicz
Magdalena Osak
Maria Płonka
Ewa Poprawska
Wanda Ronka-Chmielowiec
Grzegorz Strupczewski
Tadeusz Szumlicz
Adam Śliwiński
Barbara Więckowska

Redakcja naukowa
Wanda Ronka-Chmielowiec

Ubezpieczenia

Wydawnictwo C.H.Beck
Warszawa 2016

Wydawca: Dorota Ostrowska-Furmanek
Redaktor merytoryczny: Barbara Wardein
Recenzent: prof. dr hab. Kazimierz Ortyński

Projekt okładki i stron tytułowych: GRAFOS
Ilustracja na okładce: fotolia/COSPV

Seria: Finanse

Podręcznik rekomendowany przez Komitet Nauk o Finansach PAN

© Wydawnictwo C.H.Beck 2016

Wydawnictwo C.H.Beck Sp. z o.o.,
ul. Bonifraterska 17, 00-203 Warszawa

Skład i łamanie: Jolanta Straszewska
Druk i oprawa: Totem, Inowrocław

ISBN 978-83-255-6078-2
ISBN ebook 978-83-255-6079-9

Spis treści

Wstęp 9

1 Instytucja ubezpieczenia 11
1.1. Ryzyko i istota ubezpieczenia (*W. Ronka-Chmielowiec)* 11
1.2. Rys historyczny instytucji ubezpieczenia (*W. Ronka-Chmielowiec)* 21
1.2.1. Rozwój ubezpieczeń w świecie 21
1.2.2. Rozwój ubezpieczeń w Polsce 26
1.3. Rodzaje ubezpieczeń (*T. Bednarczyk)* 30
1.3.1. Podział ubezpieczeń ze względu na przedmiot ubezpieczenia 34
1.3.2. Podział ubezpieczeń ze względu na sposób zawarcia umowy 37
1.3.3. Podział ubezpieczeń ze względu na docelową grupę nabywców 38
1.3.4. Ustawowa klasyfikacja ubezpieczeń 39
1.3.5. Podział ubezpieczeń ze względu na stopień swobody w zakresie zawierania umowy ubezpieczenia 42
1.4. Funkcje ubezpieczeń i ich znaczenie w gospodarce (*T. Bednarczyk)* 45
1.4.1. Podnoszenie stabilności finansowej 46
1.4.2. Zastępowanie i uzupełnianie rządowych programów socjalnych 48
1.4.3. Ułatwianie handlu i wymiany 49
1.4.4. Przyczynianie się do gromadzenia oszczędności 50
1.4.5. Przyczynianie się do bardziej efektywnego zarządzania ryzykiem 51
1.4.6. Funkcja prewencyjna 51
1.4.7. Sprzyjanie bardziej efektywnej alokacji kapitału 52
1.5. Umowa i stosunek ubezpieczenia *I. Kwiecień* 53
1.5.1. Umowa a stosunek ubezpieczenia – zagadnienia podstawowe 53
1.5.2. Zawarcie umowy i wygaśnięcie stosunku ubezpieczenia 62
1.5.3. Elementy umowy ubezpieczenia 66
1.5.4. Przebieg stosunku ubezpieczenia 70

2. Rynek ubezpieczeń i otoczenie instytucjonalne 75
2.1. Organizacja i regulacja prawna rynku ubezpieczeń (*M. Płonka)* 75
2.1.1. Definicja, charakterystyka i specyfika rynku ubezpieczeń 75

2.1.2. Przesłanki, obszary i zakres regulacji rynku ubezpieczeń 83
2.1.3. Regulacje związane z harmonizacją rynku ubezpieczeń w Unii Europejskiej i transgraniczną działalnością zakładów ubezpieczeń ... 85
2.1.4. Regulacje dotyczące działalności transgranicznej zakładów ubezpieczeń 87
2.2. Zakłady ubezpieczeń – organizacja i zarządzanie (*M. Płonka*) 89
2.2.1. Uregulowania dotyczące krajowych zakładów ubezpieczeń 89
2.2.2. System organizacji i zarządzania w zakładach ubezpieczeń (reasekuracji) 90
2.2.3. Zakład ubezpieczeń w formie spółki akcyjnej 94
2.2.4. Zakład ubezpieczeń w formie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych . 96
2.2.5. Ubezpieczenie komercyjne a ubezpieczenie wzajemne 103
2.3. Pozostałe instytucje rynku ubezpieczeń (system nadzoru, system gwarancji i inne) (*M. Monkiewicz*) 105
2.3.2. Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny 111
2.3.3. Pozostałe wybrane ustawowe instytucje ubezpieczeniowe 118
2.4. Pośrednictwo ubezpieczeniowe (*T. Bednarczyk*) 126
2.4.1. Pojęcie i istota pośrednictwa ubezpieczeniowego 127
2.4.2. Rodzaje pośredników 128
2.4.3. *Bancassurance* jako forma pośrednictwa ubezpieczeniowego 133
2.4.4. Broker i jego kompetencje 134
2.4.5. Rola agentów i brokerów w sprzedaży ubezpieczeń 137
2.4.6. Wynagradzanie pośredników ubezpieczeniowych 139
2.4.7. Normy etyczne i rekomendacje 140

3 Funkcjonowanie zakładu ubezpieczeń 145
3.1. Obszary działalności zakładów ubezpieczeń (*E. Poprawska)* 145
3.1.1. Działalność bezpośrednia 148
3.1.2. Gospodarka finansowa ubezpieczyciela 150
3.2. Działalność bezpośrednia zakładów ubezpieczeń (*E. Poprawska, A. Jędrzychowska)* 153
3.2.1. Konstrukcja produktów ubezpieczeniowych 153
3.2.2. Sprzedaż produktów ubezpieczeniowych 176
3.2.3. Likwidacja szkody 187
3.3. Gospodarka finansowa zakładów ubezpieczeń 201
3.3.1. Specyfika gospodarki finansowej zakładu ubezpieczeń (*T. Czerwińska)* 201
3.3.2. Wymagania kapitałowe (*T. Czerwińska)* 204
3.3.3. Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe (*P. Kowalczyk-Rólczyńska)* 221
3.3.4. Działalność inwestycyjna (*P. Kowalczyk-Rólczyńska)* 231
3.4. Reasekuracja (*W. Ronka-Chmielowiec)* 239
3.4.1. Istota i funkcje reasekuracji 240
3.4.2. Rodzaje kontraktów reasekuracyjnych jako klasycznej metody wtórnego transferu ryzyka 246
3.4.3. Metody alternatywnego transferu ryzyka 250
3.5. Zasady oceny sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń *(M. Lament)* 254
3.5.1. Podmioty zainteresowane oceną sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń 255
3.5.2. Sprawozdanie finansowe jako źródło oceny sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń 257
3.5.3. Wykorzystanie analizy wskaźnikowej do oceny sytuacji finansowej ... 271

4 Ubezpieczenia na życie (*A. Śliwiński)* 278
4.1. Specyfika ubezpieczeń życiowych 278
4.2. Ryzyko i kalkulacja składki w ubezpieczeniach na życie 283
4.2.1. Prawdopodobieństwo zgonu i intensywność umieralności 289
4.2.2. Kalkulacja składek w ubezpieczeniach na życie 291
4.2.3. Składka netto w ubezpieczeniu na całe życie 297
4.2.4. Składka netto w ubezpieczeniu na dożycie 298
4.2.5. Składka netto w ubezpieczeniu na wypadek śmierci i dożycia 299
4.3. Rodzaje ubezpieczeń na życie 301
4.3.1. Klasyczne typy ubezpieczeń na życie 301
4.3.2. Ubezpieczenia posagowe 307
4.3.3. Nowoczesne ubezpieczenia na życie 309

5. Charakterystyka produktów z zakresu ubezpieczeń majątkowych i pozostałych osobowych 319
5.1. Specyfika ubezpieczeń majątkowych i pozostałych osobowych (*I. Kwiecień)* . 319
5.2. Ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe (*M. Borda, M. Osak)* 325
5.2.1. Ryzyko choroby i ryzyko wypadku a rodzaje ubezpieczeń 325
5.2.2. Podstawowe klasyfikacje ubezpieczeń chorobowych i wypadkowych . 328
5.2.3. Charakterystyka wybranych produktów ubezpieczeń chorobowych i wypadkowych 331
5.3. Ubezpieczenia mienia (*I. Kwiecień)* 344
5.3.1. Podmiot i przedmiot 344
5.3.2. Zakres ubezpieczenia 345
5.3.3. Wyłączenia ochrony i ograniczenia odpowiedzialności 346
5.3.4. Suma ubezpieczenia i odszkodowanie 347
5.4. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i ochrony prawnej (*I. Kwiecień)* . 349
5.4.1. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej 351
5.4.2. Ubezpieczenia ochrony prawnej 359
5.5. Ubezpieczenia komunikacyjne (*A. Jędrzychowska, E. Poprawska)* 361
5.5.1. Ubezpieczenie OC komunikacyjne 363
5.5.2. Ubezpieczenie autocasco 371
5.5.3. Ubezpieczenie assistance 375
5.5.4. Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków 377
5.5.5. System Zielonej Karty 378
5.6. Ubezpieczenia finansowe (*J. Lisowski)* 381
5.6.1. Ubezpieczenia kredytu 382
5.6.2. Gwarancje ubezpieczeniowe 397
5.6.3. Ubezpieczenie kredytu a gwarancja ubezpieczeniowa 406
5.6.4. Podsumowanie 407
5.7. Ubezpieczenia rolne (*M. Janowicz-Lomott, K. Łyskawa)* 409
5.7.1. Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem rolnym 409
5.7.2. Historia ubezpieczeń dla rolnictwa w Polsce 411
5.7.3. Ubezpieczenia obowiązkowe dla rolników 413
5.7.4. Obowiązkowe dotowane ubezpieczenie upraw 418
5.7.5. Dotowane nieobowiązkowe oraz komercyjne ubezpieczenie upraw . . . 422
5.7.6. Ubezpieczenia zwierząt 422
5.7.7. Ubezpieczenie mienia w gospodarstwach rolnych 424
5.7.8. Ubezpieczenie maszyn rolniczych 424
5.7.9. Polityka UE wobec zarządzania ryzykiem w rolnictwie 425
5.8. Ubezpieczenia transportowe i budowlano-montażowe (*I. Kwiecień)* 429

5.8.1. Ubezpieczenia transportowe ... 429
5.8.2. Ubezpieczenia budowlano-montażowe ... 434
5.9. Ubezpieczenia turystyczne (*A. Jędrzychowska)* ... 441
5.9.1. Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków ... 442
5.9.2. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej – komunikacyjnej i w życiu prywatnym ... 443
5.9.3. Ubezpieczenie assistance – świadczenia pomocowe ... 444
5.9.4. Ubezpieczenie kosztów leczenia za granicą ... 446
5.9.5. Ubezpieczenie kosztów akcji ratowniczej i poszukiwawczej ... 448
5.9.6. Ubezpieczenie sprzętu sportowego i bagażu ... 448
5.9.7. Ubezpieczenie kosztów rezygnacji z uczestnictwa w wyjeździe lub wcześniejszego powrotu ... 449
5.9.8. Ubezpieczenie dla organizatorów turystyki ... 449
5.10. Ubezpieczenia katastroficzne (*G. Strupczewski)* ... 451
5.10.1. Ryzyko katastroficzne a ubezpieczenia ... 451
5.10.2. Rola państwa w systemie ubezpieczeń katastroficznych ... 454
5.10.3. Sekurytyzacja i alternatywny transfer ryzyka katastroficznego ... 456
5.11. Ocena i wybór produktów ubezpieczeniowych (*I. Kwiecień)* ... 462
5.11.1. Ubezpieczenia w procesie zarządzania ryzykiem ... 462
5.11.2. Kryteria oceny ubezpieczenia jako metody zarządzania ryzykiem ... 463

6 Ubezpieczenia społeczne i emerytalne ... 467
6.1. Systemy zabezpieczenia społecznego – organizacja i rozwój (*M. Kawiński)* ... 467
6.1.1. Geneza modeli zabezpieczenia społecznego ... 468
6.1.2. Modele polityki społecznej ... 469
6.1.3. Trendy w systemach zabezpieczenia społecznego ... 471
6.1.4. Finansowanie i organizacja zabezpieczenia społecznego ... 475
6.2. System emerytalny w Polsce – rozwój i organizacja (*T. Szumlicz)* ... 482
6.2.1. Ogólna charakterystyka systemów zabezpieczenia emerytalnego ... 482
6.2.2. Organizacja i funkcjonowanie systemu emerytalnego w Polsce – część bazowa systemu ... 494
6.2.3. Organizacja i funkcjonowanie systemu emerytalnego w Polsce – część uzupełniająca systemu ... 498
6.3. Ubezpieczenia rentowe, chorobowe i wypadkowe w Polsce (*B. Więckowska)* 504
6.3.1. Płatnik składki (ubezpieczający) ... 505
6.3.2. Ubezpieczeni ... 508
6.3.3. Składka ... 510
6.3.4. Świadczenia ... 511
6.3.5. Podsumowanie ... 529
6.4. System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce (*M. Borda, M. Osak)* ... 532

Bibliografia ... 543

Akty prawne ... 555

Indeks ... 559

Wstęp

Książka „Ubezpieczenia" jest podręcznikiem, w którym zawarto podstawową wiedzę o funkcjonowaniu instytucji ubezpieczenia jako urządzenia gospodarczego, które pojawiło się w dalekiej starożytności, następnie przybierało różne formy i służyło ludziom przez wieki aż do czasów współczesnych, w których funkcjonuje rozwinięty rynek finansowy, a rynek ubezpieczeniowy jest jego integralną częścią. Podręcznik jest adresowany do studentów przede wszystkim studiów ekonomicznych, głównie kierunku finanse i rachunkowość, zarówno stopnia I, jak i II. Czytelnik po zapoznaniu się z treścią książki powinien posiadać podstawową wiedzę z zakresu funkcjonowania systemu ubezpieczeń w Polsce i w innych krajach. Publikacja powstała w wyniku współpracy między kilku czołowymi ośrodkami akademickimi w Polsce prowadzącymi zajęcia z ubezpieczeń, jak również przedstawicielami tych ośrodków prowadzącymi badania naukowe z zakresu nauki o ubezpieczeniach. Autorzy są doświadczonymi nauczycielami akademickimi, którzy od wielu lat prowadzą wykłady z przedmiotu ubezpieczenia na różnych kierunkach studiów ekonomicznych i przeważnie są zatrudnieni w katedrach ubezpieczeń.

Książka składa się z sześciu rozdziałów. Rozdział pierwszy wprowadza czytelnika w problematykę ubezpieczeń. Omówiono istotę ubezpieczenia w warunkach ryzyka, dokonano przeglądu definicji ubezpieczenia, a następnie przedstawiono krótki rys historyczny instytucji ubezpieczenia. Omówiono poszczególne rodzaje ubezpieczeń oraz określono funkcje ubezpieczeń. Rozdział kończy charakterystyka umowy ubezpieczenia. Rozdział drugi poświęcony jest zagadnieniom związanym z funkcjonowaniem rynku ubezpieczeniowego i otoczeniem instytucjonalnym. Przedstawiono w nim zasady organizacji i regulacji rynku ubezpieczeniowego w Polsce z uwzględnieniem regulacji unijnych oraz zasad organizacji poszczególnych form zakładów ubezpieczeń. Następnie scharakteryzowano system nadzoru, system gwarancji i inne instytucje działające w otoczeniu rynku ubezpieczeniowe-

go. Na zakończenie omówiono pośrednictwo ubezpieczeniowe. W rozdziale trzecim przedstawiono funkcjonowanie zakładu ubezpieczeń. Zawiera on takie treści, jak charakterystyka poszczególnych obszarów działalności zakładów ubezpieczeń, działalność bezpośrednia związana z konstrukcją i sprzedażą produktów ubezpieczeniowych oraz likwidacją szkód. W dalszej części rozdziału omówiono gospodarkę finansową zakładów ubezpieczeń, w tym wymagania kapitałowe, rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe, działalność inwestycyjną, a na zakończenie funkcjonowanie reasekuracji. Rozdział czwarty dotyczy ubezpieczeń na życie. Omówiono specyfikę ubezpieczeń na życie, ryzyko i kalkulację składki w ubezpieczeniach na życie oraz przedstawiono poszczególne rodzaje ubezpieczeń na życie. Rozdział piąty poświęcony jest produktom z zakresu ubezpieczeń majątkowych i pozostałych osobowych. Wyróżniono tutaj pewne grupy ubezpieczeń, których udział w rynku jest istotny w ostatnich latach lub które mają szczególnie dobre perspektywy rozwoju. Rozdział kończą uwagi na temat oceny i wyboru produktów ubezpieczeniowych. W ostatniej części podręcznika, czyli w rozdziale szóstym, zostały omówione systemy zabezpieczenia społecznego ze szczególnym uwzględnieniem systemów emerytalnych, przede wszystkim w Polsce, i pewne tendencje wpływające na ich kształt w przyszłości.

Do poszczególnych podrozdziałów dołączono słowa kluczowe oraz pytania kontrolne.

Autorzy dołożyli wszelkich starań, aby książka zawierała bardzo aktualne treści, chociaż mają świadomość tego, że rynek ubezpieczeniowy jest niezwykle dynamiczny – zmieniają się przepisy prawa, zmienia się otoczenie, pojawiają się nowe technologie, nowe usługi finansowe, zmianom podlegają procesy demograficzne, a to wszystko ma wpływ na powstanie nowych zagrożeń, nowych kategorii ryzyka, co z kolei pobudza zapotrzebowanie na nowe innowacyjne produkty ubezpieczeniowe. Założeniem autorów było, aby podręcznik spełniał wymagania nowoczesności, to znaczy zawierał treści aktualne, ale również forma i treść w dużej mierze miały wymiar ponadczasowy i uniwersalny.

Pragnę w imieniu autorów podziękować Panu Profesorowi dr. hab. Kazimierzowi Ortyńskiemu za bardzo cenne uwagi w recenzji, które – mam nadzieję – przyczyniły się do udoskonalenia ostatecznej wersji naszego podręcznika.

Wanda Ronka-Chmielowiec

1 Instytucja ubezpieczenia

1.1. Ryzyko i istota ubezpieczenia

W. Ronka-Chmielowiec

Podrozdział ten ma charakter wprowadzający do dalszych rozważań nad funkcjonowaniem instytucji ubezpieczenia. Najpierw omówiono istotę pojęcia „ryzyko", a następnie dokonano przeglądu definicji ryzyka i klasyfikacji ryzyka. Na tym tle wprowadzono pojęcie ubezpieczenia i dokonano na podstawie literatury przeglądu definicji ubezpieczenia. Scharakteryzowano ubezpieczenie jako jedną z metod zarządzania ryzykiem i omówiono warunki ubezpieczalności. Na zakończenie przedstawiono ubezpieczenie jako wynik wyboru, którego dokonuje konsument w warunkach istniejącego ryzyka. Takie podejście pochodzi z teorii ekonomii i jest oparte na teorii użyteczności.

Ryzyko wiąże się niezmiennie z wszelkimi formami egzystencji i działania człowieka. Jest więc też nieodłącznym atrybutem każdej działalności gospodarczej oraz podmiotów uczestniczących w tej działalności. Ryzyko zatem, jego istota, definicje i inne związane z nim problemy, takie jak: identyfikacja, klasyfikacja, porządkowanie, pomiar i ocena, są przedmiotem zainteresowania wielu dyscyplin naukowych, np. teorii ekonomii, finansów, ubezpieczeń, prawa, matematyki, rachunku prawdopodobieństwa i statystyki. W każdej z tych dziedzin ryzyko jest definiowane w odmienny sposób.

Ryzyko może być opisane jako zdarzenie, które może wystąpić, ale nie musi. Jeśli wystąpi, to może wygenerować cierpienie, stratę lub zysk. Ryzyko jest pojęciem wieloznacznym i złożonym, stąd bardzo trudno podać jego ścisłą i uniwersalną definicję. Zatem można je definiować na różne sposoby, zależnie od aspektu, który bierze się pod uwagę, oraz okoliczności, jakie interesują badacza. Zależy to przede wszystkim od tego, na gruncie jakiej nauki chcemy zdefiniować ryzyko. Badania nad naturą ryzyka doprowadziły do następujących wniosków.

- Ryzyko nie jest czymś jednorodnym, stąd nie można w sposób jednoznaczny podać jednej uniwersalnej definicji, lecz trzeba brać pod uwagę kilka różnych podejść do określenia pojęcia ryzyka.
- Ryzyko jest czymś zmiennym, uzależnionym od czasu, stąd powinno być traktowane jako pewien proces i analizy powinny uwzględniać dynamikę zjawiska.
- Badanie ryzyka powinno zawsze brać pod uwagę czynniki, które mają wpływ na jego istotę i wymiar.

Jako najważniejsze czynniki ryzyka przyjmuje się niebezpieczeństwo i hazard [Kowalewski, 1994; Monkiewicz (red.), 2000]. Niebezpieczeństwo rozumiane jako potencjalne zagrożenie wynika z zaistnienia określonych sytuacji, o których wiadomo z przeszłości, że mogą doprowadzić do wystąpienia niepożądanych stanów i niekorzystnych zdarzeń, które wygenerują straty. Natomiast hazard rozumiany jest jako zespół warunków i okoliczności, w których dane niebezpieczeństwo zrealizuje się [Kowalewski, 1994].

Wszystkie te rozważania związane z analizą przyczyn pewnych realnych zdarzeń charakteryzujących ryzyko są typowe dla amerykańskiej myśli ekonomicznej, która w badaniach nad ryzykiem, także związanym z ubezpieczeniami, ma największy dorobek [Knight, 1921; Vaughan, 1982; Vaughan, 1997; Willet, 1951; Williams, Heins, 1989].

Pierwszy usiłował podać definicję naukową ryzyka A.H. Willet w 1901 r., wykładając ekonomiczną teorię ryzyka. Willet przez ryzyko rozumiał coś obiektywnego związanego z subiektywną niepewnością. Ponieważ niepewność jest pojęciem wieloznacznym, definicja ta wzbudziła wiele wątpliwości i kontrowersji. Następnie w 1921 roku F.H. Knight opublikował swoją koncepcję niepewności mierzalnej, którą nazwał ryzykiem, oraz niepewności niemierzalnej, którą traktował jako niepewność *sensu stricto*.

Inne podejście do zdefiniowania ryzyka miała komisja do spraw terminologii ubezpieczeniowej USA, która w 1966 r. opublikowała dwie oficjalne definicje ryzyka. W pierwszej definicji ryzyko zostało określone jako niepewność co do nastąpienia określonego zdarzenia w warunkach istnienia dwóch lub większej liczby możliwości. W drugiej definicji, zaadresowanej do praktyki ubezpieczeniowej, przez ryzyko rozumiano ubezpieczoną osobę lub przedmiot.

Jeszcze inne podejście reprezentuje I. Pfeffer [1956], który twierdzi, że ryzyko jest hazardem i jest mierzone prawdopodobieństwem, a niepewność jest mierzona poziomem wiary, co w efekcie doprowadziło do stwierdzenia, że ryzyko jest stanem świata, a niepewność jest stanem umysłu.

Sam termin „ryzyko" pochodzi od włoskiego *risico*, oznaczającego ryzyko, potencjalne niebezpieczeństwo. Zatem, jak zauważa P.L. Bernstein [1997], ryzyko jest raczej wyborem, a nie nieuchronnym przeznaczeniem.

W ubezpieczeniowej teorii ryzyka wyróżnia się podział na:

- **Ryzyko czyste**, które charakteryzuje się tym, że jego realizacja przynosi tylko stratę, a brak realizacji nie przynosi ani straty, ani zysku.
- **Ryzyko spekulatywne**, którego realizacja może mieć trzy możliwości: stratę, zysk, brak straty i zysku.

Podział ten ma ogromne znaczenie dla funkcjonowania instytucji ubezpieczenia, gdyż w praktyce ochroną ubezpieczeniową obejmuje się tylko ryzyko czyste.

W literaturze spotkać można różne definicje ryzyka. W tabeli 1.1 zestawiono przykładowo wybrane definicje ryzyka.

Tabela 1.1. Wybrane definicje ryzyka

Definicja	Interpretacja
Ryzyko jest szansą wystąpienia straty	Szansa straty rozumiana jest jako możliwość lub prawdopodobieństwo albo stopień prawdopodobieństwa, że wydarzy się zdarzenie generujące stratę
Ryzyko jest możliwością wystąpienia straty	Możliwość rozumiana jest tutaj następująco: wartość prawdopodobieństwa zajścia określonego zdarzenia generującego straty jest zawarta między zerem a jednością
Ryzyko jest stanem, w którym istnieje możliwość straty	Przez ryzyko rozumie się pewien stan rzeczywistości, w której może zajść zdarzenie powodujące straty, czyli może pojawić się wynik inny niż ten wcześniej zakładany
Ryzyko jest prawdopodobieństwem wyniku innego niż oczekiwany	Ryzyko to obiektywne prawdopodobieństwo, iż faktyczny rezultat, czy raczej wynik, będzie się różnić od zakładanego. Istotą tej definicji jest zastosowanie jej do pomiaru odchylenia wyniku rzeczywistego od zakładanego w skali tzw. zagrożeń zbiorowych
Ryzyko jest dyspersją rezultatów rzeczywistych i oczekiwanych	Ryzyko jest stopniem rozrzutu wyników w stosunku do pozycji centralnych lub średnich. Definicja ta pochodzi ze statystyki i jest bardzo użyteczna dla działalności ubezpieczeniowej
Ryzyko oznacza przedmiot ubezpieczenia	Ryzyko utożsamia się z przedmiotem ubezpieczenia, którym mogą być dobra osobiste lub majątkowe. Definicja stosowana w praktyce ubezpieczeniowej

Źródło: opracowanie własne.

Od zarania dziejów człowiek zawsze szukał sposobów radzenia sobie z ryzykiem. We współczesnych czasach te sposoby nazywamy metodami zarządzania ryzykiem. Pierwsza metoda zarządzania ryzykiem – zwana dzisiaj łączeniem przedmiotów narażonych na ryzyko – stosowana była przez kupców chińskich, przewożących towary łodziami po rzece Jangcy. Każda łódź zawierała porcję towarów każdego z kupców. W razie zatonięcia żaden z nich nie tracił całości dóbr. Celem było zatem zminimalizowanie strat jednostek przez wspólne ponoszenie ryzyka.

Ubezpieczenie jest instytucją, która ma znieść lub przynajmniej ograniczyć ciężar pewnych zdarzeń losowych, których ryzyko nastąpienia towarzyszy człowiekowi na każdym etapie jego życia. Zdarzenia te mogą mieć charakter negatywny (śmierć, zniszczenie domu wskutek pożaru, kradzież samochodu) lub też mogą wiązać się nie tyle ze stratą, ile z powstaniem lub zwiększeniem potrzeb finansowych (urodzenie dziecka, koszty leczenia). Wraz z rozwojem cywilizacyjnym straty bądź potrzeby mają coraz większą wartość i wymagają coraz bardziej specjalistycznych zabezpieczeń.

W wyniku zastosowania ubezpieczenia konsekwencje finansowe, jakie musiałaby ponieść jednostka, rozłożone są na wiele podmiotów. W podstawowym ujęciu ubezpieczenie stanowi zatem [Vaughan, 1997]:

- transfer ryzyka z jednostki na grupę,
- podział ciężaru strat/potrzeb finansowych na członków grupy.

W pierwszym aspekcie ubezpieczenie to urządzenie ekonomiczne, dzięki któremu jednostka zastępuje niepewną, ale poważną stratę finansową stosunkowo niewielkim pewnym kosztem (składka ubezpieczeniowa). Drugi aspekt zawiera punkt widzenia społeczeństwa na ubezpieczenie jako narzędzie ekonomiczne eliminowania lub redukowania ryzyka poprzez proces łączenia wystarczającej liczby narażonych jednorodnych przedmiotów (obiektów) w grupę, tak by możliwe stało się przewidywanie szkód dla grupy jako całości. Istota ubezpieczeń opiera się na spostrzeżeniu, że liczba podmiotów zagrożonych niekorzystnymi konsekwencjami podobnych zdarzeń losowych jest znacznie większa niż liczba podmiotów, wobec których to ryzyko zrealizuje się. Dzięki temu można to finansowanie strat prowadzić ze wspólnego funduszu utworzonego w wyniku statystycznej analizy ryzyka.

Problematyka ubezpieczeniowa zawiera różne aspekty i podejścia, a mianowicie ekonomiczne, prawne, finansowe. Istotną rolę odgrywają zagadnienia aktuarialne wykorzystujące matematykę i statystykę ubezpieczeniową. Stąd nauka o ubezpieczeniach ma wymiar interdyscyplinarny i w literaturze przedmiotu można znaleźć różne definicje ubezpieczenia, w których się pojawiają zróżnicowane elementy tego pojęcia.

W tabeli 1.2 zestawiono wybrane definicje ubezpieczenia.

Tabela 1.2. Wybrane definicje ubezpieczenia

Definicja
Ubezpieczenie stanowi urządzenie gospodarcze zapewniające pokrycie przyszłych potrzeb majątkowych wywołanych u poszczególnych jednostek przez odznaczające się pewną prawidłowością zdarzenia losowe, w drodze rozłożenia tego ciężaru na wiele jednostek, którym te same zdarzenia losowe zagrażają [Łazowski, 1948]

Definicja
Ubezpieczenie to forma repartycji strat w dwóch wymiarach: w przestrzeni, gdyż fundusz, z którego pokrywana jest strata, tworzony jest ze składek wielu osób, i w czasie, gdyż składki te są płacone z reguły przez długi okres, często w ratach [Warkałło i in., 1983]
Ubezpieczenie jest instytucją ekonomiczną, która redukuje ryzyko przez poddanie wspólnemu zarządzaniu grupy przedmiotów, rozłożonych w taki sposób, że suma przypadkowych szkód im zagrażających jest możliwa do określenia w wąskich granicach [Greene, Trieschmann, 1981]
Istotą ubezpieczenia jest rozłożenie (repartycja) ryzyka strat lub konieczności finansowego pokrycia nadzwyczajnych potrzeb na większą liczbę podmiotów uiszczających składki na fundusz ubezpieczeniowy, chodzi tu o podmioty zagrożone takim samym lub podobnym niebezpieczeństwem, organizacja funduszu związana jest ściśle z jego przeznaczeniem i rodzajem ubezpieczenia [Uruszczak, 1994]
Ubezpieczenie jest urządzeniem gospodarczym, które pozwala zakładowi ubezpieczeń, dzięki opłacie składki, przejąć od ubezpieczającego ryzyko negatywnych, ekonomicznych skutków określonego zdarzenia losowego [Hadyniak, 2000b]

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Ronka-Chmielowiec (red.), 2002].

Definicja ubezpieczenia powinna łączyć aspekt prawny i ekonomiczno-społeczny. Termin „ubezpieczenie" ma również zastosowanie w konstruowanych przez państwo różnych formach zabezpieczenia społecznego obywateli, których funkcjonowanie opiera się przede wszystkim na przepisach prawa, jednak zawiera elementy społeczne i ekonomiczne. Natomiast funkcjonowanie ubezpieczeń w sensie gospodarczym opiera się na umowie zawieranej między dwoma podmiotami, z których jeden oddaje ryzyko, a drugi je przyjmuje, oczywiście za odpowiednią zapłatą.

Definicja ubezpieczenia w sensie prawnym podana jest w kodeksie cywilnym: *„Przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę"* [Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, art. 805].

Można również podać pięć koniecznych warunków, które muszą być spełnione, aby funkcjonowało ubezpieczenie [Vance, 1951]:

- Ubezpieczający ma interes, który jest ubezpieczalny.
- Interes ubezpieczającego jest zagrożony przez możliwość nastąpienia pewnych zdarzeń losowych.
- Ubezpieczyciel bierze na siebie ryzyko straty.
- Asumpcja ryzyka przez ubezpieczyciela jest częścią programu rozkładania rzeczywistych strat na większą grupę podmiotów zagrożonych podobnym ryzykiem.
- Ubezpieczający płaci składkę do ogólnego funduszu ubezpieczeniowego.

Ubezpieczenie traktowane jest jako **metoda zarządzania ryzykiem** poprzez transfer ryzyka z jednostki – w drodze umowy – na wyspecjalizowany podmiot,

którym jest zakład ubezpieczeń, który organizuje dystrybucję tego ryzyka pomiędzy większą liczbę podmiotów, którym zagraża podobne ryzyko. Organizacja ta tworzy scentralizowany fundusz z wpłat składek od odpowiednio dużej grupy podmiotów i pokrywa z tego funduszu straty, które wystąpią u wpłacających. Wysokość tych wpłat zakład ubezpieczeń musi tak kalkulować na własne ryzyko, aby zapewnić pokrycie ewentualnych strat, jak również zabezpieczyć stosowne wynagrodzenie dla siebie.

Ubezpieczenie jako metoda zarządzania ryzykiem jest instrumentem złożonym i łączy w sobie takie elementy, jak [Sangowski, 1998]:

- kontrola ryzyka – w procesie decyzji o ubezpieczeniu i na etapie wykonywania obowiązków umownych (prewencja),
- transfer ryzyka – na wyspecjalizowany podmiot,
- dywersyfikacja ryzyka – poprzez rozłożenie na grupę zagrożonych podobnym ryzykiem,
- finansowanie ryzyka – za cenę składki ubezpieczeniowej,
- retencja (zatrzymanie) ryzyka – poprzez pozostawienie części na udziale własnym.

Zatem ubezpieczenie jest metodą podejmowania ryzyka, jednak stosować ją można jedynie tylko do tych kategorii ryzyka, które są ubezpieczalne.

Z punktu widzenia ubezpieczyciela można wymienić następujące **warunki ubezpieczalności ryzyka** [Greene, Trieschmann, 1981]:

- Istnieje wystarczająca liczba i wielkość obiektów, aby skalkulować prawdopodobieństwo wystąpienia szkody.
- Ewentualne zdarzenia muszą być incydentalne i niezamierzone z punktu widzenia ubezpieczonego.
- Szkody muszą być możliwe do ustalenia i oceny.
- Potencjalne straty są poważne i spowodują trudności finansowe.
- Prawdopodobieństwo straty nie może być zbyt wysokie, gdyż koszty transferu ryzyka będą zbyt wysokie.

Powyższe warunki mają przede wszystkim zastosowanie do ubezpieczeń majątkowych, ponieważ w ubezpieczeniach na życie raczej nie możemy mówić o stracie, lecz o powstaniu lub zwiększeniu potrzeb finansowych. Ponadto ryzyko osobowe jest trudne do wyceny, jednak można w przybliżeniu określić wartość potrzeb majątkowych związanych z pewnymi zdarzeniami. Zasadą funkcjonowania ubezpieczeń na życie nie jest wyrównanie szkody, ale wypłata świadczenia umówionej sumy.

Ubezpieczenia majątkowe charakteryzują się przede wszystkim funkcjonowaniem zasady odszkodowania. Zasada zwana **pełnością ochrony ubezpieczeniowej** stanowi jedną z podstawowych zasad prawa ubezpieczeniowego. Celem ubezpieczenia jest pełna kompensacja doznanego przez ubezpieczonego uszczerbku, nieprzewyższająca jednak poniesionych strat i utraconych korzyści. W ubezpieczeniach majątkowych istotna jest wycena interesu będącego przedmiotem

ubezpieczenia, co w efekcie pozwala określić sumę ubezpieczenia, która jest gwarancją pełnej ochrony ubezpieczeniowej i jednocześnie ogranicza odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń. Elastyczność ubezpieczenia jako instrumentu zarządzania ryzykiem pozwala ubezpieczonemu zdecydować o tym, jaką część ryzyka powierzyć zakładowi ubezpieczeń, a jaką pozostawić sobie. Zatem ubezpieczony może świadomie zrezygnować z pełności ochrony ubezpieczeniowej i zatrzymać część ryzyka za pomocą takich instrumentów, jak: udział własny, franszyza lub po prostu niedoubezpieczenie.

Następna zasada to **realność ochrony ubezpieczeniowej**, która polega na tym, że kontrakt ubezpieczeniowy jest kontraktem zaufania. Według tej zasady ubezpieczony musi mieć pewność, że w razie wystąpienia określonego wypadku ubezpieczeniowego doznane przez niego straty bądź powstałe potrzeby finansowe zostaną przez ubezpieczyciela zaspokojone. Granice realności ochrony ubezpieczeniowej określone są w ogólnych warunkach umowy ubezpieczenia i w przepisach prawa ubezpieczeniowego. Ocena tych ustanowień leży po stronie ubezpieczających. Ubezpieczający i zakład ubezpieczeń są zobowiązani do przestrzegania tych ustanowień. Jednak jednym z istotnych czynników wpływających na realność ochrony ubezpieczeniowej jest wypłacalność zakładu ubezpieczeń. Ocena tej sytuacji należy do ubezpieczającego lub pośrednika ubezpieczeniowego (brokera). Ten element wiąże się mocno z następną zasadą – **gwarancji ochrony ubezpieczeniowej**. Systemy ubezpieczeń funkcjonujące w różnych państwach zapewniają pewne gwarancje realności ochrony ubezpieczeniowej. W związku z tym że w kontrakcie ubezpieczeniowym znacznie słabsza jest pozycja ubezpieczającego bądź ubezpieczonego w zakresie wiedzy ubezpieczeniowej, możliwości korzystania z ochrony, a przede wszystkim w zakresie kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń i funkcjonowania przepisów prawa ubezpieczeniowego – pojawia się interwencjonizm państwa w postaci przepisów ustanowionych w prawie o funkcjonowaniu różnych form systemów gwarancyjnych, które dotyczą poszczególnych rodzajów ubezpieczeń i są zróżnicowane w poszczególnych państwach.

Ubezpieczenie można również postrzegać jako produkt finansowy czy usługę finansową. Jest to usługa wyjątkowo specyficzna, gdyż ma niematerialny charakter, stąd pojawia się trudność w ocenie jakości tego produktu bądź usługi, a przede wszystkim w wycenie tego produktu. Podstawowy problem to wycena kosztu tego rodzaju produktu. Tutaj stosowane są metody charakterystyczne tylko dla ubezpieczeń i należy stosować zupełnie inne podejścia, ponieważ pełne koszty można ocenić po wystąpieniu wypadku ubezpieczeniowego i przeprowadzeniu procesu likwidacyjnego, który może nastąpić po długim czasie. W tej sytuacji należy stosować metody matematyki finansowej, gdyż mamy do czynienia ze zjawiskiem zmiany wartości pieniądza w czasie. Jednocześnie w ubezpieczeniach majątkowych wypadek ubezpieczeniowy może nigdy nie wystąpić, gdyż prawdopodobieństwo wystąpienia wypadku jest na ogół bardzo małe, a korzystanie

z ochrony ubezpieczeniowej poza ubezpieczeniami obowiązkowymi wiąże się z pewnego rodzaju komfortem psychicznym ubezpieczającego, co jest związane z jego stosunkiem (awersją mniejszą lub większą) do ryzyka. W tej sytuacji przy wycenie produktu ubezpieczeniowego stosuje się podejście oparte na repartycji ryzyka przez grupę i tworzeniu wspólnego funduszu ubezpieczeniowego dla całej grupy ponoszącej podobne ryzyko.

Szczególne cechy ubezpieczenia sprawiają, że w procesie sprzedaży ubezpieczenia zakład musi wzbudzić w kliencie potrzebę ochrony w postaci zakupu polisy ubezpieczeniowej, zwłaszcza w odniesieniu do ubezpieczeń na życie, gdyż ochronna skłonność do zabezpieczenia majątku jest bardziej naturalna. Można zatem przyjąć, że skłonność do korzystania z ochrony ubezpieczeniowej zależy od [Hellwig, 1998]:

- poziomu cywilizacyjnego obywateli – jest oznaką potrzeby zaspokajania potrzeb podstawowych, istnienia, a wręcz przewagi, prywatnej własności, dużej wartości majątku, który może zostać utracony, i świadomości ubezpieczeniowej,
- zamożności społeczeństwa – relacji kosztów ubezpieczenia do dochodu,
- stopnia zagrożenia mienia, majątku i bogactwa przez działania przestępcze, przewroty polityczne, wojny, zmiany demograficzne, zmieniające się przepisy prawa.

Na zakończenie należy zauważyć, że ubezpieczenie – jako metoda zarządzania ryzykiem czy jedna z form zabezpieczenia na wypadek strat lub wzmożonych potrzeb majątkowych – ma jak każde urządzenie gospodarcze pewne zalety i wady.

Do zalet ubezpieczenia można zaliczyć:

- powszechną dostępność i względną prostotę stosowania,
- pewność i szybkość kompensacji,
- stosunkowo niskie koszty.

Natomiast wady ubezpieczenia to:

- nieubezpieczalność niektórych rodzajów ryzyka,
- system ograniczeń pełności kompensacji,
- przedłużanie procesów likwidacyjnych w praktyce,
- możliwość niewypłacalności zakładu ubezpieczeń,
- słabsza pozycja ubezpieczającego w kontrakcie ubezpieczeniowym.

Ubezpieczenie jest wynikiem wyboru, którego dokonuje konsument w warunkach istniejącego ryzyka. Takie podejście pochodzi z teorii ekonomii i oparte jest na teorii użyteczności.

Poszczególni konsumenci wykupują polisy ubezpieczeniowe, ponieważ wolą wybrać pewność zamiast niepewności, ale często uprawiają również hazard, gdyż nie wykupują tych polis, przedkładając niepewność nad pewność.

W celu wyjaśnienia takich zachowań, a także w celu uzasadnienia zastosowania w takich przypadkach przez poszczególnych konsumentów funkcji użyteczności, przedstawiony zostanie tzw. paradoks petersburski, sformułowany w 1738 r. przez Daniela Bernoulliego, szwajcarskiego matematyka i fizyka. Istota tego paradoksu

jest następująca. W grze polegającej na rzucaniu monetą uczestniczy dwóch graczy, A i B. Gra polega na tym, że rzuca się monetą dopóty, dopóki nie pojawi się reszka. Jeśli reszka pojawi się w pierwszym rzucie, to gracz A płaci graczowi B 1 dolara; jeżeli reszka pojawi się po raz pierwszy w drugim rzucie, to gracz A płaci graczowi B 2 dolary; jeżeli zaś po raz pierwszy reszka wystąpi w trzecim rzucie, gracz A płaci graczowi B 4 dolary, i tak dalej. Ogólnie, jeśli reszka pojawi się w *n*-tym rzucie, gracz A płaci graczowi B 2^{n-1} dolara. Pytanie postawione przez Bernoulliego było następujące: Jaką opłatę za dopuszczenie do gry gotów byłby zapłacić gracz B, jeżeli założymy, że ma to być gra *fair*, tzn. taka, w której nie wymaga się od gracza, aby zapłacił więcej, niż wynosi wartość oczekiwana wygranej?

Wartość oczekiwana wygranej przy pierwszym rzucie wynosi

$$p \cdot 1 \text{ dol.} = 0{,}5 \cdot 1 \text{ dol.} = 0{,}5 \text{ dol.}$$

gdzie: $p = 0{,}5$ to prawdopodobieństwo wyrzucenia reszki.

Wartość oczekiwana wygranej przy drugim rzucie wynosi:

$$0{,}5 \cdot 0{,}5 \cdot 2 \text{ dol.} = 0{,}5 \text{ dol.}$$

Wartość oczekiwana wygranej przy *n*-tym rzucie wynosi:

$$(0{,}5)^n \cdot 2 \text{ dol.}^{n-1} = 0{,}5 \text{ dol.}$$

Zatem wartość oczekiwana wygranej jest sumą poszczególnych wartości oczekiwanych i wynosi:

$$0{,}5 \text{ dol.} + 0{,}5 \text{ dol.} + \ldots$$

Jest to suma nieskończonego szeregu i jest nieskończenie wielka.

Gracz B w takiej grze *fair* musiałby zatem zapłacić za uczestniczenie w grze graczowi A nieskończenie wielką sumę pieniędzy. W rzeczywistości ludzie nie są skłonni płacić nieskończenie wielkich stawek za udział w tzw. godziwym hazardzie. Wynika z tego wniosek następujący: konsumenci postępując tak, nie kierują się maksymalizacją wartości oczekiwanej swojego dochodu. W takich sytuacjach ludzie kierują się „moralnym oczekiwaniem" wygranej, a prawdopodobieństwo wygranej ważą użytecznością dochodu. Krańcowa użyteczność dochodu maleje w miarę każdego jego przyrostu. Przy malejącej użyteczności dochodu pieniężnego ludzie będą się domagać większych zysków w celu zrekompensowania ryzyka przewidywanych strat. Funkcja użyteczności jest zazwyczaj nieznana poszczególnym konsumentom. Można ją wyznaczyć za pomocą tzw. gry hazardowej.

Załóżmy, że jednostka może wykupić za pewną cenę ubezpieczenie na wypadek ryzyka, co gwarantuje jej wypłatę pełnego odszkodowania w razie jakiejkolwiek straty powstałej w trakcie tego okresu. Dzięki zmniejszeniu wartości bogactwa na początku okresu o cenę tego ubezpieczenia jednostka uzyskuje gwarancję posiadania takiego samego poziomu bogactwa pod koniec okresu. Użyteczność tej możliwości to oczywiście użyteczność posiadania w warunkach pewności pewnej kwoty W_1 pomniejszonej o wynagrodzenie pobierane przez ubezpieczyciela. Mając

do wyboru: ubezpieczać się czy nie, jednostka wybierze przypuszczalnie tę możliwość, która zapewni jej najwyższy poziom użyteczności, będzie zatem preferowała kupno ubezpieczenia, dopóki cena ubezpieczenia jest mniejsza niż W_1–W_3, gdzie W_3 jest poziomem bogactwa, który jeśli jest osiągalny w warunkach pewności, przynosi taką samą użyteczność jak osiągnięcie W_1. Maksymalna suma, którą jednostka może zapłacić za ubezpieczenie, jest większa niż minimum, które agent ubezpieczeniowy jest gotów zaakceptować w formie wynagrodzenia, przyjmując założenie, że agent ma wielu klientów, z których każdy jest narażony na podobne choć niezależne ryzyko. Minimalne, akceptowane przez ubezpieczyciela wynagrodzenie to takie, przy którym ani nie osiąga on zysków, ani nie ponosi straty. Minimalne wynagrodzenie ubezpieczyciela zostanie zaś określone na takim poziomie, jaki osobie ubezpieczającej zapewni w warunkach pewności poziom bogactwa, który w sytuacji obarczonej ryzykiem będzie odpowiadał oczekiwanej wartości bogactwa jednostki.

W rzeczywistości każdy bez względu na poziom bogactwa zawsze ubezpiecza się przed pewnymi rodzajami ryzyka, nie czyniąc tego w stosunku do innych rodzajów ryzyka. Sprzedaży polis ubezpieczeniowych towarzyszą koszty administracyjne, które ubezpieczyciel musi pokryć z otrzymanego wynagrodzenia. Nie może zatem oferować klientowi „sprawiedliwej" gry.

Słowa kluczowe

- Gwarancja ochrony ubezpieczeniowej
- Pełność ochrony ubezpieczeniowej
- Realność ochrony ubezpieczeniowej
- Ryzyko
- Ryzyko czyste
- Ryzyko spekulatywne
- Ubezpieczenie
- Warunki ubezpieczalności ryzyka

Pytania kontrolne

1. Jaka jest różnica pomiędzy ryzykiem czystym a spekulatywnym?
2. Co oznacza ubezpieczalność ryzyka?
3. Jaka jest różnica między ryzykiem obiektywnym a ryzykiem subiektywnym?
4. Na czym polega realność ochrony ubezpieczeniowej?
5. Co oznacza pełność ochrony ubezpieczeniowej?
6. Na czym polega zasada gwarancji ochrony ubezpieczeniowej?
7. Proszę omówić wady i zalety ubezpieczenia.

1.2. Rys historyczny instytucji ubezpieczenia

W. Ronka-Chmielowiec

W podrozdziale tym przedstawiono, jak na przestrzeni wieków rozwijała się instytucja ubezpieczenia jako pewnego rodzaju urządzenie gospodarcze powołane przez ludzi w celu zabezpieczenia przed skutkami zdarzeń losowych, które zwiększały potrzeby finansowe i generowały straty. Najpierw scharakteryzowano rozwój instytucji ubezpieczenia w ujęciu historycznym w różnych krajach świata, a następnie omówiono zmiany zachodzące na rynku ubezpieczeniowym na ziemiach polskich. Na zakończenie zilustrowano danymi statystycznymi aktualny stan rynku ubezpieczeniowego w Polsce.

Instytucja ubezpieczenia jako urządzenie gospodarcze pojawiła się w bardzo odległej starożytności i powstała z inicjatywy ludzi w celu ochrony człowieka lub owoców jego pracy i działalności przed skutkami niepomyślnych zdarzeń. Rozwój idei ubezpieczeń i funkcjonowania zorganizowanej działalności ubezpieczeniowej był zawsze bardzo silnie związany z rozwojem gospodarczym i cywilizacyjnym kraju.

Powołując się na pracę T. Sangowskiego [1998], można wyróżnić cztery następujące okresy rozwoju ubezpieczeń:

I. Czasy starożytne oraz średniowiecze do połowy XIV wieku – pojawienie się pierwszych form ubezpieczeń o charakterze wzajemności przedkapitalistycznej.

II. Od drugiej połowy XIV wieku do XVII wieku – wyodrębnienie się instytucji ubezpieczenia w ustroju feudalno-wczesnokapitalistycznym.

III. Wiek XVIII oraz pierwsza połowa XIX wieku – powstanie współczesnych form ubezpieczeń w rozwiniętym kapitalizmie (spółki akcyjne).

IV. Od drugiej połowy XIX wieku do czasów współczesnych – ciągle rozwijające się nowe formy ubezpieczeń dostosowywane do warunków gospodarki rynkowej, pojawienie się ubezpieczeń społecznych i emerytalnych oraz silny związek z rynkiem finansowym, a szczególnie z rynkiem kapitałowym.

1.2.1. Rozwój ubezpieczeń w świecie

Pierwsze formy ubezpieczeń majątkowych pojawiły się już w dalekiej starożytności. Znane są przypadki zrzeszania się zainteresowanych podmiotów w starożytnych Indiach, Grecji i Rzymie w celu wspólnego ponoszenia ryzyka. Cechą charakterystyczną tych pierwszych form działalności ubezpieczeniowej była zasada wzajemności i solidarności. W czasach starożytnych największe ryzyko związane z działalnością gospodarczą człowieka występowało w transporcie i handlu. Pierwsze takie inicjatywy odnotowano już za czasów Hammurabiego około 1800 lat p.n.e.

na Bliskim Wschodzie, gdzie pojawiły się umowy między uczestnikami karawan, którzy zobowiązali się wspólnie pokrywać ewentualne szkody związane z utratą zwierząt jucznych podczas wypraw handlowych [Sangowski, 1998]. Następnie przede wszystkim transport drogą morską był narażony na ryzyko rozbicia się statku lub rabunku przez rozbójników, co dało początek powstania ubezpieczeń morskich, które są traktowane jako najstarsze historycznie. Pierwsza forma ubezpieczeń morskich pojawiła się w starożytnej Grecji i nazywała się *koinonią*. Była to instytucja rozdziału następstw ewentualnych strat w żegludze morskiej. Wspólne ponoszenie strat to zachowana do dzisiaj tzw. awaria wspólna. Pierwsza udokumentowana awaria wspólna została odnotowana w starożytnym Rzymie i pochodziła z Kodeksu Justyniana z tzw. prawa rodyjskiego (*Lex Rhodia de iactu*). Była to forma ubezpieczenia oparta na zasadzie wzajemności i dotyczyła mienia zaangażowanego w konkretną wyprawę morską.

Z ryzykiem morskiej wyprawy handlowej związana jest inna instytucja prawna zwana w Kodeksie Justyniana pożyczką morską (*foenus nauticum*), która po raz pierwszy wystąpiła w starożytnej Grecji, następnie w starożytnym Rzymie oraz występowała w wiekach późniejszych w różnych krajach. Pożyczka morska polegała na tym, że zamierzający się udać na morską wyprawę handlową zaciągał na sfinansowanie tego przedsięwzięcia pewien dług, który obciążony był znacznie wyższym oprocentowaniem niż w innych transakcjach handlowych. W przypadku gdy wyprawa zakończyła się pomyślnie, pożyczkobiorca zwracał dług wraz z wysokimi odsetkami. Gdy natomiast dochodziło do straty statku lub ładunku, wierzyciel nie otrzymywał zwrotu pożyczki, ponosząc ryzyko wyprawy. W tym wypadku wierzyciel odgrywał rolę ubezpieczyciela, a wysoka stopa procentowa tej pożyczki była pewnego rodzaju składką ubezpieczeniową. Był to pierwszy przykład połączenia działalności kredytowej z działalnością ubezpieczeniową. Cechy pożyczki morskiej miały także inne pożyczki stosowane w podróżach lądowych (*foenus quasi nauticum*) do końca średniowiecza, a dokładniej, do momentu wprowadzenia bulli papieskiej zakazującej pobierania odsetek.

W starożytnym Rzymie, a następnie w średniowieczu funkcjonowały różne zrzeszenia oparte na wspólnocie zawodów, które udzielały pomocy materialnej swoim członkom i ich rodzinom, w przypadku gdy zostały dotknięte określonymi niepomyślnymi zdarzeniami losowymi.

W średniowieczu pojawiły się również małe towarzystwa ubezpieczeniowe oparte na wzajemności, które rekompensowały straty poszczególnym swoim członkom w razie zaistnienia szkód losowych. Były to np. germańskie gildie, angielskie bractwa pogrzebowe oraz występujące w różnych krajach związki ogniowe.

Jak wynika z udokumentowanych przekazów [Szczęśniak, 1993], we flamandzkim mieście portowym Bruges w roku 1310 działała izba ubezpieczeniowa, która obejmowała swoją działalnością ubezpieczenia morskie. Za kolebkę ubezpieczeń morskich uważa się miasta północnych Włoch. Pierwszą polisę ubezpieczeniową

wydano w 1384 r. Rozwój ubezpieczeń morskich koncentrował się głównie w takich krajach, jak Hiszpania, Portugalia, Francja, Holandia i Anglia, czyli tam, gdzie rozwijał się handel drogą morską.

W wieku XVII zaczęły istnieć pierwsze zorganizowane przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe i pojawili się ubezpieczyciele zawodowi. Na przełomie XVIII i XIX wieku powstały na rynku ubezpieczeniowym, oprócz funkcjonujących od dawna towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, zakłady ubezpieczeń w formie spółek akcyjnych. Począwszy od XVIII wieku, zaczęły się pojawiać ubezpieczenia od gradobicia, ubezpieczenia bydła i inne. W następnych latach powstawały nowe rodzaje ubezpieczeń, które obejmowały inne nowe rodzaje ryzyka: od następstw nieszczęśliwych wypadków, od odpowiedzialności cywilnej, od niezdolności do pracy, od kradzieży, od oszustwa, od zdarzeń katastroficznych, a w XX i XXI wieku ubezpieczenia obejmujące ryzyko towarzyszące różnym usługom finansowym i wiele innych. Z rozwojem ubezpieczeń związany był rozwój techniki ubezpieczeniowej opartej na dokładniejszych kalkulacjach wykorzystujących rachunek prawdopodobieństwa i statystykę matematyczną.

W wieku XIX powstawały prywatne towarzystwa ubezpieczeniowe, które zaczęły występować lawinowo w takich państwach, jak Stany Zjednoczone, Anglia i Niemcy. W Niemczech pojawiły się ubezpieczenia obowiązkowe. Działalność ubezpieczeniowa przybrała formy międzynarodowe. W owym czasie można było zaobserwować duży rozwój działalności reasekuracyjnej, której celem było zapewnienie realności gwarancji ubezpieczeniowej. W związku z tym że ciągle wzrastała wartość nagromadzonych przez ludzi dóbr materialnych i zawsze powstawały nowe produkty w wyniku rozwoju technologicznego i cywilizacyjnego, pojawiały się nowe rodzaje ryzyka o coraz większym wymiarze, co przyczyniło się do rozwoju reasekuracji i różnych jej form.

Inną cechą charakterystyczną ubezpieczeń na przełomie wieków XIX i XX, a szczególnie w wieku XX, była ewolucja polityki lokacyjnej zakładów ubezpieczeń, co wiązało się z powstaniem i rozwojem rynku kapitałowego. W czasach współczesnych można zaobserwować coraz silniejszy związek rynku ubezpieczeniowego z rynkiem kapitałowym. Większej wagi i znaczenia nabiera w zakładach ubezpieczeń drugi obszar działalności – oprócz podstawowej działalności ubezpieczeniowej – związany z działalnością inwestycyjną.

Ponadto w drugiej połowie XIX wieku i w wieku XX pojawił się interwencjonizm państwowy w stosunku do działalności ubezpieczeniowej. Bezpośrednia ingerencja państwa w działalność ubezpieczeniową była przede wszystkim związana z wprowadzeniem ustawowego obowiązku ubezpieczeń niektórych obiektów i grup podmiotów od określonego ryzyka.

Należy również pamiętać, że w drugiej połowie XIX wieku zaczęto szerzyć idee polityki socjalnej, które doprowadziły do powstania ubezpieczeń społecznych.

Koniec XIX wieku i początek XX wieku to okres tworzenia naukowych podstaw rozwoju ubezpieczeń opartych na takich dziedzinach, jak prawo, ekonomia, matematyka i statystyka. Pojawił się zawód aktuariusza i w roku 1895 odbył się w Brukseli pierwszy międzynarodowy kongres aktuariuszy. W roku 1909 Filip Lundberg ogłosił pracę o kolektywnej teorii ryzyka w ubezpieczeniach. Praca ta jest podstawą, do dzisiaj aktualną, nowoczesnej działalności aktuarialnej, którą ubezpieczyciele wykorzystują do oceny ryzyka, kalkulacji składek, ustalania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych oraz podejmowania decyzji ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych.

W XX wieku głównie na gruncie nauki amerykańskiej rozwinęła się również naukowa teoria ryzyka ubezpieczeniowego, która pozwoliła wyjaśnić sens i ideę tego pojęcia, doprowadzając do lepszej identyfikacji i oceny ryzyka, a zarazem służąc doskonaleniu techniki ubezpieczeń.

Na podstawie danych historycznych można stwierdzić, że rozwój ubezpieczeń w poszczególnych krajach na przestrzeni wieków był zawsze bardzo mocno związany z rozwojem gospodarczym kraju i bogactwem jego mieszkańców. Przykładami są takie kraje Europy, jak Wielka Brytania, Niemcy, Francja, Holandia, kraje skandynawskie, a także Stany Zjednoczone Ameryki Północnej oraz Japonia.

Dzięki podstawom naukowym oraz osiągnięciom gospodarczym, a także rozwojowi i postępowi kultury i stosunków społecznych powstały nowoczesne systemy ubezpieczeniowe funkcjonujące w niemal wszystkich krajach świata. W czasach współczesnych funkcjonują ogromne towarzystwa ubezpieczeniowe, których działalność ubezpieczeniowo-reasekuracyjna ma charakter międzynarodowy. W wielu krajach powstają konglomeraty, holdingi i grupy kapitałowe, do których należą: towarzystwa ubezpieczeniowe, banki, towarzystwa emerytalne i towarzystwa inwestycyjne. Powszechne stało się przenikanie i uzupełnianie się różnych usług finansowych oferowanych klientom indywidualnym i podmiotom gospodarczym. W krajach o rozwiniętej gospodarce rynkowej rynek ubezpieczeniowy jest integralną częścią rynku finansowego. W wieku XXI rynek ubezpieczeniowy staje przed nowymi wyzwaniami, takimi jak: ubezpieczanie ryzyka związanego z katastrofami, które występują częściej i mają większy rozmiar, ubezpieczanie ryzyka związanego ze starzeniem się społeczeństwa i wydłużającym się trwaniem życia ludzkiego, pojawiające się nowe rodzaje ryzyka powstałe w wyniku rozwoju technologicznego i nowych usług finansowych.

Obecnie przedstawionych zostanie kilka uwag historycznych o rozwoju ubezpieczeń na życie, które obejmowały ochroną przede wszystkim ryzyko związane z życiem człowieka lub z tzw. ścieżką życia.

Ubezpieczenia na życie miały również początek w dalekiej starożytności, kiedy to funkcjonowały w formie wzajemnej pomocy [Stroiński, 1996]. Pierwsze takie stowarzyszenia istniały w starożytnym Rzymie i nazywały się *collegia funeratitia*, funkcjonowały jak późniejsze kasy pogrzebowe. W średniowieczu w wielu krajach

europejskich pojawiły się pierwsze formy renty lub ubezpieczenia na życie. W późniejszym średniowieczu działały kasy czeladzi, bractwa, kasy górnicze, które funkcjonowały zgodnie z zasadą wzajemności. Działalność ich polegała na udzielaniu zasiłków na wypadek niezdolności do pracy z powodu nieszczęśliwego wypadku lub choroby.

W Anglii ubezpieczenia na życie pojawiły się razem z ubezpieczeniami morskimi, ponieważ ubezpieczano osoby związane z podróżą morską, jak również życie dłużników. Począwszy od 1689 r. we Francji i Włoszech, a następnie w innych krajach europejskich pojawiły się tzw. tontyny, których nazwa wzięła początek od nazwiska twórcy pomysłu Lorenzo de Tontiego. Funkcjonowanie tontyn polegało na tym, że poszczególne osoby wpłacały do kasy określone sumy, za co otrzymywały dożywotnie renty. Wysokość tych rent w kolejnych latach zależała od liczby żyjących, pozostałych z grupy osób będących w tym samym wieku w czasie dokonywania wpłaty.

Na przełomie XVII i XVIII wieku można odnotować początek rozwoju podstaw naukowych w teorii ubezpieczeń na życie dotyczących badań nad umieralnością i długoterminowych operacji finansowych. Problemy te mają zastosowanie w praktyce ubezpieczeniowej. Prekursorem był matematyk holenderski Jan de Witt, który jako pierwszy zajął się teorią ubezpieczeń na życie. W roku 1693 pierwszą tablicę wymieralności opracował astronom angielski Edmund Halley, na podstawie ksiąg metrykalnych miasta Wrocławia.

Pierwszy zakład ubezpieczeń o charakterze komercyjnym pojawił się w Anglii w 1699 r. pod nazwą Society of Assurances for Widows and Orphans i prowadził ubezpieczenia na wypadek śmierci. Natomiast w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej około 1759 r. powstało w Filadelfii jedno z pierwszych towarzystw ubezpieczeń na życie. We Francji pierwszy zakład ubezpieczeń na życie funkcjonował od 1787 r., w Holandii od 1807, a w Belgii od 1824 r. W Niemczech początek zorganizowanej działalności ubezpieczeń na życie zanotowano w 1827 r., a Szwajcarii w 1857 r.

Koniec wieku XIX i cały wiek XX to ogromny rozwój sektora ubezpieczeń na życie w Japonii. Pierwszy japoński zakład ubezpieczeń na życie to Meiji Life Insurance Company, który powstał w 1881 r. Ten wielki rozwój ubezpieczeń na życie w Japonii miał ścisły związek z systemem emerytalnym, w którym dużą rolę odgrywały komercyjne towarzystwa ubezpieczeniowe.

W wieku XIX pojawiła się i zaczęła rozwijać idea polityki socjalnej, zwłaszcza w Niemczech, co wpłynęło na zapotrzebowanie na ubezpieczenia chorobowe, rentowe, jak również posagowe, a przede wszystkim na ubezpieczenia na wypadek śmierci pracowników, ich rodzin i bliskich.

W wieku XX, szczególnie po drugiej wojnie światowej, rozwijające się rynki kapitałowe, pojawiające się nowe usługi finansowe oraz zmieniające się systemy emerytalne, w których coraz większą rolę odgrywa część kapitałowa, wpłynęły

na postawienie nowych zadań i zwiększenie znaczenia ubezpieczeń na życie. Systemy ubezpieczeń na życie we współczesnym świecie funkcjonują we wszystkich cywilizowanych krajach. Kraje Europy Środkowo-Wschodniej dopiero po 1990 r. dołączyły w tej dziedzinie do standardów światowych.

1.2.2. Rozwój ubezpieczeń w Polsce

Pierwsze formy ubezpieczeń od wypadków i organizowania pomocy opartej na wzajemności pojawiły się w Polsce w XV wieku i były związane z działalnością kas brackich i spółek brackich na Górnym Śląsku. Pierwszym dokumentem historycznym, w którym można znaleźć informację o pierwotnej formie ubezpieczenia wzajemnego, jest *Ordunek Górny*, wydany przez księcia opolskiego Jana II 18 listopada 1528 r. Jest w nim mowa o składkach w wysokości dwóch halerzy tygodniowo do kasy brackiej. Ordunek ten obowiązywał na obszarach księstw opolskiego, raciborskiego i ziemi bytomskiej.

W wiekach XVII i XVIII na ziemiach polskich, zwłaszcza na Żuławach, powstawały inne formy ubezpieczeń wzajemnych, zwane „związkami groblowymi" i „porządkiem ogniowym". Miały one zabezpieczać przed żywiołami i siłami przyrody. W Poznaniu od 1757 r. działała Kasa Ogniowa, obejmująca swym działaniem miasto Poznań i okoliczne wsie. W wieku XVIII mieszkańcy polskich miast asekurowali swoje budynki w towarzystwach zagranicznych, np. mieszkańcy Bydgoszczy i Gdańska korzystali z usług londyńskiego towarzystwa „Feniks".

Po utracie niepodległości rozwój ubezpieczeń w każdym z zaborów przybrał nieco inną formę. Różne formy ubezpieczeń najwcześniej działały w zaborze pruskim. Tam właśnie powstały pierwsze zakłady ubezpieczeniowe na ziemiach polskich. Były to towarzystwa ogniowe, czyli tzw. socjety. Ustawy dotyczące socjetów ogniowych na ziemiach rdzennie polskich były publikowane w językach niemieckim i polskim.

Warto w tym miejscu wspomnieć datę 21 kwietnia 1803 r., kiedy to król pruski Fryderyk Wilhelm podpisał w Poczdamie ustawę, na podstawie której powołano Towarzystwo Ogniowe dla Miast w Prusach Południowych. Data ta ma historyczne znaczenie, gdyż traktowana jest jako początek działalności zakładów ubezpieczeniowych na ziemiach polskich, która swoim zasięgiem obejmowała dość znaczny obszar. Na podstawie tej ustawy zostały powołane dwie dyrekcje główne, będące organami wykonawczymi towarzystwa, w Poznaniu i w Warszawie.

Po roku 1918, czyli po uzyskaniu niepodległości, rodził się w Polsce rynek ubezpieczeniowy. Tuż przed wybuchem drugiej wojny światowej na rynku ubezpieczeniowym w Polsce działało 67 zakładów ubezpieczeniowych. Pierwszą grupę stanowiły zakłady publiczne. Do drugiej można zaliczyć prywatne zakłady z polskim kapitałem. Trzecią grupę stanowiły zakłady ubezpieczeniowe

z udziałem kapitału zagranicznego. Wśród tych 67 zakładów ubezpieczeń było: 11 spółek akcyjnych, 8 towarzystw wzajemnych dużych, 36 towarzystw wzajemnych małych, 6 zagranicznych towarzystw i 6 publicznych. Najbardziej rozwojową instytucją publicznoprawną był Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych, a wśród towarzystw prywatnych najlepiej znosił konkurencję Poznański Koncern Towarzystw Ubezpieczeniowych „Vesta" [Szczęśniak, 1993].

Po zakończeniu II wojny światowej wznowiły działalność Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych w Warszawie oraz Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych w Poznaniu. Następnie w roku 1945 zaczęły działać zakłady prowadzące ubezpieczenia na życie: Kasa Strażacka w Poznaniu, Zakład Ubezpieczeń na Życie w Poznaniu oraz Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej w Warszawie. W roku 1946 wznowiła działalność ubezpieczeniową na życie Pocztowa Kasa Oszczędności.

Jednak realia nowego systemu polityczno-gospodarczego uniemożliwiły ukształtowanie się rynku ubezpieczeniowego według wzorców światowych i sprowadziły polski system ubezpieczeń do modelu radzieckiego, który całkowicie podporządkowany był władzom państwowym. O dalszych losach rynku ubezpieczeniowego w Polsce zadecydowały dwa dekrety rządowe z 3 stycznia 1947 r. dotyczące uregulowania ubezpieczeń rzeczowych i osobowych oraz Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych. Dekrety te wprowadziły nowe zasady. W ich wyniku działalność ubezpieczeniową osobową i rzeczową mogły prowadzić tylko państwowe, publicznoprawne lub spółdzielcze zakłady ubezpieczeń, i to za zgodą Ministra Skarbu. Jednocześnie Powszechnemu Zakładowi Ubezpieczeń Wzajemnych przyznano monopol na całą działalność ubezpieczeniową, a w roku 1949 PZUW przejął portfel ubezpieczeń życiowych. Ten sam dekret przyznawał monopol na działalność reasekuracyjną Towarzystwu Reasekuracyjnemu „Warta" spółka akcyjna.

Kolejnym etapem upaństwowienia rynku ubezpieczeniowego była ustawa sejmowa o ubezpieczeniach państwowych z 28 marca 1952 r. Potwierdzała ona upaństwowienie wszystkich zakładów ubezpieczeń i likwidowała całkowicie ubezpieczenia wzajemne. Rozszerzono zakres obowiązujących ubezpieczeń gospodarstw rolnych i wprowadzono ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej i następstw nieszczęśliwych wypadków w komunikacji. W wyniku tej ustawy przekształcono Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych w Państwowy Zakład Ubezpieczeń.

Dopiero 20 września 1984 r. ukazała się nowa ustawa o ubezpieczeniach majątkowych i osobowych, w której istotne było odejście od monopolu w państwowych zakładach ubezpieczeniowych. Ustawa dopuszczała wielość państwowych zakładów ubezpieczeniowych, tworzonych i likwidowanych przez Ministra Finansów, a także dopuszczała za zgodą Ministra Finansów organizowanie zakładów ubezpieczeń niepaństwowych: spółdzielczych lub w formie spółek kapitałowych.

W spółkach udział Skarbu Państwa w kapitale zakładu powinien wynosić co najmniej 51% [Szczęśniak, 1993].

Transformacja gospodarcza Polski zapoczątkowana w 1989 r. stworzyła możliwości odbudowania rynku ubezpieczeniowego w Polsce według standardów obowiązujących w rozwiniętych gospodarczo krajach świata. Podwaliny pod nowy rynek ubezpieczeniowy dała ustawa o działalności ubezpieczeniowej uchwalona 28 lipca 1990 r., której przepisy weszły w życie 22 października 1990 r. Ustawa ta uwzględniała już pewne standardy i dyrektywy obowiązujące w państwach Unii Europejskiej. Ustawa ta przez wiele lat była nowelizowana i regulowała rynek do końca 2003 r. W tym czasie pojawiały się lawinowo nowe zakłady ubezpieczeń, głównie w formie spółek akcyjnych, pomimo że ustawa dopuszczała już formę organizacyjnoprawną: towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych. Jednak w tym okresie rynek był słaby, szczególnie w zakresie niskich kapitałów własnych, ubogiej oferty, niedoświadczonej kadry, niskiej świadomości ubezpieczeniowej Polaków i pojawiających się bankructw. Pod koniec XX wieku i w pierwszych latach po roku 2000 rynek ubezpieczeniowy zaczął się stabilizować i przygotowywać do wejścia na jednolity rynek finansowy w UE. W efekcie 22 maja 2003 r. uchwalono pakiet ustaw regulujących rynek ubezpieczeniowy w Polsce.

Od 1 stycznia 2016 r. rynek ubezpieczeniowy i reasekuracyjny funkcjonuje z nową ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. Od 1 stycznia 2004 r. rynek ubezpieczeniowy w Polsce funkcjonuje zgodnie z pakietem następujących ustaw uchwalonych 22 maja 2003 r.: o działalności ubezpieczeniowej; o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczeń Komunikacyjnych; o pośrednictwie ubezpieczeniowym; o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych.

Od 1 maja 2004 r. rynek ubezpieczeniowy w Polsce jest integralną częścią jednolitego rynku ubezpieczeniowego w UE.

Oto kilka danych statystycznych, które ilustrują stan rozwoju rynku ubezpieczeniowego w Polsce w ostatnich latach (tab. 1.3–1.5).

Tabela 1.3. Liczba zakładów ubezpieczeń w Polsce w latach 2004–2015

Rok	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dział I	36	33	32	31	32	30	30	28	28	27	26	28
Dział II	41	38	37	34	35	36	35	33	31	31	30	33
Razem	77	71	69	65	67	66	65	61	59	58	56	61

Źródło: [Raport Roczny PIU…, 2014; Raport roczny KNF, 2015].

Tabela 1.4. Udział kapitału zagranicznego (w %) w kapitałach podstawowych zakładów ubezpieczeń działających w Polsce w latach 2004–2015

Rok	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kapitał zagraniczny	72,1	72,7	75,1	77,9	78,6	82,2	77,4	77,1	77,7	74,2	68,9	70,2

Źródło: [Raport Roczny PIU…, 2014; Raport Roczny KNF, 2015].

Tabela 1.5. Składka przypisana brutto w Polsce w latach 2005–2015 w cenach 2014 r., w mln zł

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dział I	18 501	25 454	30 027	44 035	33 043	34 277	33 306	36 704	31 263	28 667	27 530
Dział II	18 928	19 858	21 542	22 995	22 798	24 816	26 463	26 486	26 599	26 253	27 280
Razem	37 429	45 312	51 569	67 030	55 841	59 093	59 769	63 190	57 862	54 920	54 810

Źródło: [Raport Roczny PIU…, 2014; Raport Roczny KNF, 2015].

Jak widać z danych tabeli 1.5, znacznie wzrosła składka w ubezpieczeniach na życie i od 2006 r. można zauważyć, że składka z działu I przekracza składkę z działu II, co świadczy o wzrastającej świadomości ubezpieczeniowej Polaków i w tym zakresie rynek ubezpieczeniowy w Polsce upodabnia się do rynków w krajach wysoko rozwiniętych gospodarczo.

Maksymalną realną wartość składki przypisanej brutto w kwocie ponad 67 mld zł odnotowano w 2008 r. Wynik ten został osiągnięty za sprawą nadzwyczajnego wzrostu składek działu I w wyniku sprzedaży grupowych ubezpieczeń o charakterze inwestycyjnym, głównie w segmencie *bancassurance*.

Pomimo pewnej stabilizacji rynku i pozytywnych tendencji rozwojowych, można stwierdzić, że w porównaniu z czołowymi i rozwiniętymi rynkami ubezpieczeniowymi w krajach UE polski rynek ubezpieczeniowy jest jeszcze rynkiem słabym, o czym świadczą następujące wskaźniki (tab. 1.6–1.7)

Tabela 1.6. Składka brutto działu I *per capita* (w euro), udział składki brutto działu I w PKB (w %) w 2013 r.

Kraj	Składka brutto działu I *per capita*, w euro	Składka brutto działu I do PKB, w %
Polska	200	1,9
Unia Europejska	1 250	4,8
Finlandia	3 260	9,2
Wielka Brytania	2 700	9,1
Dania	3 020	6,8

Źródło: [Raport Roczny PZU…, 2014].

Tabela 1.7. Składka brutto działu II *per capita* (w euro), udział składki brutto działu II w PKB (w %) w 2013 r.

Kraj	Składka brutto działu II *per capita*, w euro	Składka brutto działu II do PKB, w %
Polska	170	1,6
Unia Europejska	830	3,2
Holandia	3 410	9,5
Luksemburg	1 540	1,8
Wielka Brytania	1 010	3,4

Źródło: [Raport Roczny PZU…, 2014].

1.3. Rodzaje ubezpieczeń

T. Bednarczyk

Ubezpieczenia mogą być klasyfikowane według różnych kryteriów, które odzwierciedlają organizację i funkcjonowanie działalności ubezpieczeniowej. Ich poprawne usystematyzowanie ma znaczenie zarówno dla teorii, jak i praktyki. Ułatwia właściwe poznanie istoty ubezpieczeń, zrozumienie ich funkcji i społeczno-ekonomicznego znaczenia (aspekt teoretyczny). Pozwala też na właściwą konstrukcję produktów ubezpieczeniowych w ramach poszczególnych działów, grup i rodzajów ubezpieczeń (aspekt praktyczny). Podrozdział ten zawiera podstawowe informacje

dotyczące klasyfikacji ubezpieczeń. Szczególna uwaga została zwrócona na systematykę ubezpieczeń gospodarczych, gdyż problematyka ubezpieczeń społecznych została szeroko omówiona w rozdziale 6.

Wyodrębnienie **ubezpieczeń społecznych i ubezpieczeń gospodarczych** jest efektem zasadniczego i najbardziej ogólnego ich podziału[1]. Metoda ubezpieczeniowa ma tutaj „podwójne" zastosowanie, zarówno w gospodarce rynkowej (ubezpieczenia gospodarcze), jak i w polityce społecznej (zabezpieczenie społeczne) państwa [Szumlicz, 2010a, s. 75]. W większości krajów funkcjonują rozbudowane systemy zabezpieczenia społecznego, które są domeną rządów. Główną ideą zabezpieczenia społecznego jest zapewnienie ustalonego standardu bezpieczeństwa socjalnego ludziom, którzy w określonych sytuacjach życiowych (nie z własnej winy) nie mogą zapewnić sobie samodzielnie środków finansowych niezbędnych do życia. Międzynarodowa Organizacja Pracy (MOP) w ramach minimalnych norm zabezpieczenia społecznego określiła w 1952 roku katalog różnych rodzajów ryzyka społecznego (socjalnego), które powodują zmniejszenie lub utratę dochodów gospodarstwa domowego lub też prowadzą do zwiększenia ich wydatków [Konwencja nr 102 z 1952 r. Social Security (Minimum Starnandards) Convention (ILO)]. Są to:

- ryzyko choroby (*sickness*),
- ryzyko macierzyństwa (*maternity)*,
- ryzyko śmierci żywiciela rodziny (*death of breadwinner)*
- ryzyko starości (*old age*),
- ryzyko bezrobocia (*unemployment*)
- ryzyko wypadku przy pracy i choroby zawodowej (*employment injuries*),
- ryzyko inwalidztwa (*invalidity*).

Ubezpieczenie społeczne to kategoria węższa niż zabezpieczenie społeczne. Ubezpieczenie społeczne oparte na obowiązkowych składkach jest jedną z metod (technik) realizacji **zabezpieczenia społecznego**, obok **zaopatrzenia społecznego** (finansowanie z podatków) oraz metody opiekuńczej (finansowanie z funduszy publicznych i prywatnych). Zadania z zakresu ubezpieczeń społecznych są realizowane przez specjalnie powołane do tego instytucje państwowe. W Polsce główną instytucją realizującą zadania z zakresu ubezpieczeń emerytalnych, rentowych, chorobowych i wypadkowych jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Obok powszechnego systemu ubezpieczeń społecznych funkcjonuje także system ubezpieczeń społecznych rolników (obsługiwany przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego) oraz systemy zaopatrzeniowe dla służb mundurowych (żołnierzy zawodowych, funkcjonariuszy policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego,

[1] Taki podział upowszechnił się w literaturze krajowej, zob. m.in.: [Banasiński, 1996; Sangowski (red.), 1998; Sangowski (red.), 1999]. Obecnie coraz bardziej popularny staje się podział ubezpieczeń na publiczne i prywatne, zob. m.in.: [Łazowski, 1998; Monkiewicz (red.), 2001; Handschke, Monkiewicz (red.), 2010; Hadyniak, 2014; Szumlicz, 2015]. W literaturze anglojęzycznej występuje zasadniczy podział ubezpieczeń na: *social insurance and private insurance*.

Agencji Wywiadu, Służb Kontrwywiadu Wojskowego, Służb Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biuro Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej) oraz sędziów i prokuratorów. Odrębnym rodzajem ubezpieczeń mającym cechy ubezpieczenia społecznego są **powszechne ubezpieczenia zdrowotne**. Ich celem jest finansowanie kosztów leczenia w publicznych placówkach medycznych oraz inne usługi medyczne oferowane w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej. Są one finansowane ze środków pochodzących z obowiązkowych składek na ubezpieczenie zdrowotne, którymi administruje (zarządza) Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). W wielu krajach gospodarki rynkowej ubezpieczeniami społecznymi objęte jest również ryzyko bezrobocia. W Polsce ryzyko bezrobocia nie jest chronione w ramach systemu ubezpieczeń społecznych. Bezrobotni otrzymują zasiłki dla bezrobotnych z Funduszu Pracy, po spełnieniu określonych kryteriów, nie są to jednak warunki składkowe.

Ubezpieczenia społeczne (publiczne) i gospodarcze (prywatne, rynkowe), które pełnią funkcje ochrony ubezpieczeniowej i kompensacji strat losowych, wykazują zarówno podobieństwa, jak i różnice. Wspólne elementy w obydwu systemach to: składka ubezpieczeniowa, wspólnota ryzyka i fundusze ubezpieczeniowe, ściśle zdefiniowane zdarzenia warunkujące wypłatę świadczeń. Ubezpieczenia społeczne odróżniają się jednak takimi cechami, jak: przymusowość z mocy prawa, wzajemność i cel społeczny. Najważniejsze cechy dotyczące ubezpieczeń społecznych i prywatnych przedstawiono w tabeli 1.8.

Ubezpieczenia podlegające zasadom rynkowym są dzielone na grupy i rodzaje przy zastosowaniu wielu różnych kryteriów[2].

1. Ze względu na przedmiot ubezpieczenia wyróżnia się ubezpieczenia **osobowe** i **majątkowe**.

2. Biorąc pod uwagę czas trwania umowy ubezpieczeniowej, wyróżnia się ubezpieczenia **bezterminowe** i **terminowe**, **jednoroczne** i **długookresowe**.

3. Biorąc pod uwagę sposób zawarcia umowy ubezpieczeniowej, wyróżnia się ubezpieczenia **jednostkowe (indywidualne)** i **zbiorowe (grupowe)**.

4. Biorąc pod uwagę docelową grupę nabywców produktów ubezpieczeniowych wyróżnia się: **ubezpieczenia adresowane do gospodarstw domowych** i **ubezpieczenia adresowane do przedsiębiorstw oraz innych instytucji niebędących przedsiębiorstwami**.

5. Biorąc pod uwagę kryterium ustawowe [Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – załącznik], wyróżnia się ubezpieczenia **działu I** oraz ubezpieczenia **działu II**.

6. Biorąc pod uwagę stopień swobody w zakresie zawierania umowy ubezpieczeniowej, wyróżnia się ubezpieczenia **dobrowolne** i **obowiązkowe**.

[2] Zob. m.in. [Sangowski (red.), 1999, s. 199 i nast.].

Tabela 1.8. Cechy ubezpieczeń społecznych i prywatnych

Ubezpieczenia społeczne (*social insurance*)	**Ubezpieczenia prywatne (*private insurance*)**
Instrument polityki socjalnej państwa. Realizowane są za pośrednictwem instytucji państwowych o charakterze non profit	Instrument polityki gospodarczej. Oferowane są przez ubezpieczycieli zaliczanych do sektora prywatnego działających dla zysku (spółki akcyjne) lub non profit (towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych)
Stosunek publicznoprawny. Są obowiązkowe z mocy prawa dla określonych grup społecznych, aktywnych zawodowo (m.in. pracowników, osób prowadzących działalność gospodarczą, rolników, twórców, artystów, urzędników itp.)*	Stosunek cywilnoprawny. Są to umowy dwustronne, dobrowolne co do zasady. Prawny przymus dotyczy tylko określonych umów ubezpieczeniowych, np. ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych
Fundusze ubezpieczeniowe tworzone są w oparciu o obowiązkowe składki, których płatnikami są pracodawcy. Fundusze ubezpieczeniowe mają charakter państwowych funduszy celowych i znajdują się pod ścisłym nadzorem państwa	Fundusze ubezpieczeniowe tworzone są w oparciu o składki ubezpieczeniowe dobrowolne lub obowiązkowe
Składki ubezpieczeniowe odzwierciedlają wkład finansowy ubezpieczonych (*contribution*) w finansowaniu rodzaju danego ryzyka i są zależne od wysokości dochodów z pracy, a nie od czynników ryzyka, jakie wnosi konkretny ubezpieczony do zbiorowości ubezpieczonych	Składki ubezpieczeniowe (*premium*) odzwierciedlają spodziewane straty wywołane zdarzeniami losowymi, a ich wysokość zależy od czynników ryzyka (np. wieku ubezpieczonego, jego stanu zdrowia, wykonywanego zawodu itp.)
Funkcjonowanie systemu opiera się na zasadzie solidaryzmu społecznego i redystrybucji środków (większość finansuje mniejszość, bogatsi finansują biedniejszych, pokolenia pracujących finansują pokolenia niepracujących)	Funkcjonowanie opiera się na zasadzie zbilansowania aktuarialnego (solidaryzm matematyczny) – zbilansowanie wartości oczekiwanej składki z wartością oczekiwanego świadczenia ubezpieczeniowego
Pewność wypłaty świadczeń. Państwo jest gwarantem wypłacalności świadczeń z systemu dla osób, które nabyły prawo do roszczeń. Fundusz Ubezpieczeń Społecznych jest dofinansowywany z dotacji budżetowych	Państwo nie jest gwarantem świadczeń, sprawuje natomiast nadzór nad funkcjonowaniem rynku ubezpieczeniowego, ale ryzyko bankructwa ubezpieczyciela ponoszą sami ubezpieczający

* Przymus ubezpieczeń społecznych zapewnia powszechną dostępność do świadczeń oraz względną taniość systemu z uwagi na rozłożenie ryzyka na relatywnie dużą zbiorowość ubezpieczonych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie literatury.

1.3.1. Podział ubezpieczeń ze względu na przedmiot ubezpieczenia

Biorąc pod uwagę przedmiot ochrony ubezpieczeniowej, wyróżnia się ubezpieczenia **osobowe i majątkowe**. Jest to podstawowe i najbardziej znane kryterium systematyki ubezpieczeń gospodarczych. Podział ten ma swoje odzwierciedlenie również w przepisach kodeksu cywilnego, które odnoszą sie do umowy ubezpieczeniowej. Przedmiotem ubezpieczeń **osobowych** są prawa niemajątkowe, czyli dobra osobiste ubezpieczonego, takie jak: jego życie, zdrowie oraz zdolność do pracy zarobkowej. Wypadkiem ubezpieczeniowym, który uprawnia do wypłaty świadczeń, jest zwykle negatywne zdarzenie losowe, takie jak: śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia, inwalidztwo, śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku. Ponieważ wartość życia ludzkiego nie podlega obiektywnej i wiarygodnej wycenie (szkoda na dobrach osobistych jest szkodą niepowetowaną) – świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu utraty zdrowia lub życia mają cechy świadczenia nieodszkodowawczego. W ubezpieczeniach osobowych wypadkiem ubezpieczeniowym może być również zdarzenie pozytywne, jakim jest dożycie do określonego wieku lub narodziny dziecka. Świadczenie ubezpieczeniowe rekompensuje wówczas brak dochodów bieżących lub zwiększone potrzeby finansowe.

Kierując się kryterium przedmiotu na gruncie uregulowań kodeksu cywilnego, ubezpieczenia osobowe dzielą się na kolejne dwie grupy: ubezpieczenia **życiowe** i ubezpieczenia **wypadkowe**. Biorąc pod uwagę rodzaj zdarzeń losowych objętych ochroną, ubezpieczenia wypadkowe dzielą się dalej na: ubezpieczenia **od następstw nieszczęśliwych wypadków** i ubezpieczenia **chorobowe** (więcej na ten temat w rozdz. 5). Ubezpieczenia życiowe są klasyfikowane zgodnie z różnymi kryteriami. Ze względu na charakter wyróżnia się ubezpieczenia ochronne (czyste) i ochronno-oszczędnościowe (mieszane). Ze względu na czas obowiązywania umowy – terminowe i bezterminowe (na całe życie). Ze względu na konstrukcję produktów – tradycyjne (klasyczne) i nowoczesne (uniwersalne). Ze względu na rodzaj zdarzenia losowego objętego ochroną, ubezpieczenia na życie dzielą się na:

- ubezpieczenia **na wypadek śmierci**,
- ubezpieczenia **na dożycie określonego wieku**,
- ubezpieczenia **na życie i dożycie**,
- ubezpieczenia **posagowe** (zaopatrzenia dziecka),
- ubezpieczenia **rentowe** (**renty życiowe** – *annuity*).

Ubezpieczenia **na wypadek śmierci** mają charakter ochronny. Chronią sytuację finansową domowników przed jej pogorszeniem wskutek przedwczesnej śmierci żywiciela rodziny. Klasyczne ubezpieczenia na życie (terminowe) mogą stanowić zabezpieczenie wierzytelności, np. kredytu bankowego. Ubezpieczenia **na dożycie** mają charakter oszczędnościowy. Pozwalają przesuwać konsumpcję

ubezpieczonego w czasie. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w momencie, gdy posiadacz polisy dożyje do końca okresu obowiązywania umowy. Jeżeli ubezpieczony nie dożyje tego okresu, całe oszczędności pozostają w zakładzie ubezpieczeń, dlatego ubezpieczenia na dożycie bardzo rzadko występują jako produkt samodzielny.

Ubezpieczenia **na życie i dożycie** zawsze kończą się wypłatą określonej kwoty pieniężnej. Ubezpieczony otrzyma świadczenie, kiedy dożyje do określonego wieku. Kiedy umrze w okresie umownym – świadczenie otrzyma uposażony.

Ubezpieczenia posagowe (zaopatrzenia dziecka) dają możliwość gromadzenia oszczędności celowych, które w przyszłości zapewnią pomoc finansową dziecku w momencie startu w samodzielne życie (osiągnięcie pełnoletności, zakup pierwszego mieszkania, zawarcie związku małżeńskiego itp.). Ubezpieczenia posagowe to specyficzny rodzaj ubezpieczenia na życie osoby ubezpieczonej i jednocześnie zaopatrującej dziecko. Ubezpieczenia te mogą być oferowane również w wariancie z rentą. Wówczas, w razie śmierci jednego z zaopatrujących (rodziców) w okresie ubezpieczenia, świadczenie ułatwi nie tylko start w dorosłe życie, ale również serię comiesięcznych wypłat rentowych. Renta ta może być przedłużona do końca życia dziecka, w przypadku gdy w okresie ubezpieczenia nabędzie ono uprawnienia inwalidzkie.

Tradycyjne ubezpieczenia na życie cechują się małą elastycznością i niewielką możliwością modyfikacji warunków umowy ubezpieczenia w trakcie jej trwania. W nowoczesnych (uniwersalnych) ubezpieczeniach na życie występuje możliwość zmiany parametrów ubezpieczenia (np. sumy ubezpieczenia, składki ubezpieczeniowej). Produkty uniwersalne cechują się większą transparentnością z uwagi na rozbicie składki na trzy części: część pokrywającą koszty administrowania ubezpieczeniem, część na pokrycie kosztów ochrony (ryzyka ubezpieczeniowego) oraz część oszczędnościową. Przykładem nowoczesnych **ubezpieczeń na życie** są ubezpieczenia powiązane z funduszem inwestycyjnym (*unit-linked insurance*). Kapitał zebrany w ramach części oszczędnościowej jest zamieniany na jednostki uczestnictwa w wybranych funduszach inwestycyjnych. Wartość polisy zmienia się w zależności od ceny jednostek udziałowych, a ryzyko inwestycyjne ponosi ubezpieczający (klient).

Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) są obecnie najbardziej rozpowszechnione. Ten rodzaj ubezpieczeń jest w ofercie wielu ubezpieczycieli działających w Polsce także jako forma III filara emerytalnego, np. pracowniczych programów emerytalnych, indywidualnych kont emerytalnych (IKE) oraz indywidualnych kont zabezpieczenia emerytalnego (IKZE). Programy te w formie grupowych ubezpieczeń na życie z UFK mają dodatkową zaletę w postaci określonych preferencji podatkowych.

Ubezpieczenia **rentowe (renty życiowe** – *annuity***)** są w swej istocie przeciwieństwem ubezpieczeń na życie. Są to dobrowolne umowy, na mocy których następuje

zamiana określonego kapitału (składki) na regularną, najczęściej dożywotnią serię wypłat. Renty życiowe mogą być dobrym uzupełnieniem emerytur z ubezpieczenia społecznego, gdyż zapewniają wypłatę środków pieniężnych niezależnie od długości życia na emeryturze. Biorąc pod uwagę częstotliwość wnoszenia kapitału, wyróżnia się ubezpieczenia **rentowe ze składką płaconą jednorazowo** lub **ze składką płaconą regularnie** (rocznie, półrocznie, kwartalnie, miesięcznie). Ze względu na czas wypłaty świadczeń wyróżnia się **renty płatne natychmiastowo** (płatne bezpośrednio po zawarciu umowy i opłaceniu jednorazowej składki) oraz **renty odroczone** – płatne po pewnym ustalonym okresie od momentu opłacenia składki. Z punktu widzenia okresu płatności renty wyróżnia się: **renty terminowe**, ale płacone nie dłużej niż do śmierci ubezpieczonego; **renty pewne okresowe** – płacone w ustalonym terminie, nawet po śmierci ubezpieczonego; **renty dożywotne** – płacone do śmierci ubezpieczonego; **renty gwarantowane** – płacone dożywotnio, kiedy rentobiorca przeżyje okres pobieranej renty okresowej [Cycoń, Czerwiec, 2011, s. 282–283].

W literaturze zagranicznej można spotkać nieco inny podział ubezpieczeń życiowych (*life assurances)* [Skipper, Kwon, 2007, s. 24]:

- ubezpieczenia na wypadek śmierci (*death*),
- ubezpieczenia na życie terminowe (*living and certain period*), w tym:
  - ubezpieczenia na życie i dożycie (*endowments*),
  - ubezpieczenia na dożycie (*pure endowments*),
  - renty życiowe (*annuities*),
  - ubezpieczenia emerytalne (*pensions*),
- ubezpieczenia od niedołęstwa (*incapacity*),
  - ubezpieczenia kalectwa (*disability*),
  - ubezpieczenia długoterminowej opieki (*long term care insurance*),
- ubezpieczenia zdrowotne (*injury or incurring a disease*), w krajach, w których nie sklasyfikowano ich w kategorii ubezpieczeń majątkowych.

Należy podkreślić, że na polskim rynku ubezpieczeniowym nie są jeszcze dostępne prywatne ubezpieczenia od niedołęstwa w wieku starczym (*incapacity insurance*), zwłaszcza ubezpieczenia długoterminowej opieki, chociaż obecny system emerytalny nie jest przystosowany do zapewnienia dodatkowych świadczeń na ten cel. Ryzyko niedołęstwa starczego staje się wyzwaniem dla starzejących się społeczeństw w Polsce i na świecie. Coraz więcej państw wprowadza w tym zakresie rozwiązania systemowe (np. Niemcy). Więcej na temat ubezpieczeń życiowych w rozdz. 4.

Przedmiotem **ubezpieczeń majątkowych** jest interes ubezpieczeniowy[3], związany z dobrami materialnymi oraz prawami lub zobowiązaniami majątkowymi

[3] Interes ubezpieczeniowy to rodzaj interesu ekonomicznego (majątkowego, finansowego), który jednostka musi posiadać, aby mieć prawo do świadczenia. Przykładem interesu majątkowego jest oczekiwanie, aby w razie straty na posiadanym majątku (szkody), majątek ten szybko powrócił do poprzedniej wartości, por. [Handschke, Monkiewicz (red.), 2010, s. 51–52].

ubezpieczonego. Ubezpieczenia majątkowe zapewniają ochronę przed konsekwencjami negatywnych zdarzeń losowych, które skutkują powstaniem szkody w majątku ubezpieczonego. Szkoda ta musi być wymierna w pieniądzu. Ubezpieczenia majątkowe nie są narzędziem pomnażania dóbr materialnych, a jedynie instrumentem rekompensaty strat w nich powstałych z powodu określonych zdarzeń losowych.

Biorąc pod uwagę przedmiot ochrony, ubezpieczenia majątkowe podlegają dalszemu podziałowi na: ubezpieczenia **majątku rzeczowego** (*property insurance*), ubezpieczenia **odpowiedzialności cywilnej** (*liability insurance*) oraz ubezpieczenia **finansowe** (*pecuniary loss*). Ubezpieczenia majątku rzeczowego zapewniają ochronę majątku już istniejącego przed stratami poniesionymi w wyniku zdarzeń losowych, takich jak np.: pożar, kradzież, zalanie wodą itp. (szerzej podrozdz. 5.4). Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej chronią ubezpieczonego przed jego odpowiedzialnością finansową za szkody poniesione przez osoby trzecie na zdrowiu lub na majątku z powodu określonych działań lub zachowań ubezpieczonego. Ubezpieczenia finansowe chronią wierzyciela przed ryzykiem bankructwa dłużnika lub ryzykiem przewlekłej zwłoki w zapłacie należności. W ramach ubezpieczeń finansowych wyróżnia się ubezpieczenia **wierzytelności** (np. należności handlowych lub kredytowych), ubezpieczenia **utraty zysku** (*business interruption insurance*) oraz **gwarancje ubezpieczeniowe** (szerzej podrozdz. 5.6).

1.3.2. Podział ubezpieczeń ze względu na sposób zawarcia umowy

Biorąc pod uwagę sposób zawarcia umowy ubezpieczeniowej, wyróżnia się ubezpieczenia **indywidualne** i **zbiorowe**. Ubezpieczenia **indywidualne** – w ramach jednej umowy ochroną ubezpieczeniową obejmuje się dobra osobiste lub wartości majątkowe pojedynczej osoby. **Ubezpieczenia zbiorowe** – w ramach jednej umowy ochroną ubezpieczeniową obejmuje się kilka obiektów (ubezpieczenia majątkowe) lub dobra osobiste kilku podmiotów (ubezpieczenia osobowe). Jako odmianę ubezpieczeń zbiorowych traktuje się **ubezpieczenia grupowe** [Sangowski (red.), 1998, s. 156]. W formie grupowej zawierane są najczęściej ubezpieczenia na życie, ubezpieczenia zdrowotne oraz ubezpieczenia wypadkowe. Ubezpieczenia grupowe charakteryzują się m.in. odmiennym sposobem oceny ryzyka. Koszty składki ubezpieczeniowej kalkulowane są tu najczęściej na podstawie ryzyka uśrednionego dla zbiorowości objętej ubezpieczeniem, a nie indywidualnego ubezpieczonego.

W Polsce formę ubezpieczeń grupowych mają pracownicze ubezpieczenia na życie, zarówno te o charakterze ochronnym, jak i o charakterze inwestycyjnym (element III filara emerytalnego) oraz ubezpieczenia oferowane w ramach tzw. *bancassurance* (szerzej punkt 2.4.3).

1.3.3. Podział ubezpieczeń ze względu na docelową grupę nabywców

Biorąc pod uwagę docelową grupę nabywców, ubezpieczenia można podzielić na dwie grupy: ubezpieczenia detaliczne **adresowane do osób fizycznych** i **gospodarstw domowych** (*personal lines insurance*) oraz ubezpieczenia korporacyjne **adresowane do firm** i **organizacji** (*commercial lines insurance*). Odróżnienie przedsiębiorstw i gospodarstw domowych jako odrębnych podmiotów ekonomicznych zgłaszających popyt na ochronę ubezpieczeniową znajduje swoje potwierdzenie w tzw. „prawie konsumenckim" [Szumlicz, 2015, s. 465]. W świetle kodeksu cywilnego konsumentem jest osoba fizyczna, nieprowadząca działalności gospodarczej lub zawodowej. Konsumenci zakupują produkty ubezpieczeniowe w celu zaspakajania potrzeb osobistych lub potrzeb gospodarstwa domowego. Konsumentem nie jest osoba prawna, która dokonuje zakupu ubezpieczenia w związku z jej działalnością gospodarczą lub zawodową.

Przykładem ubezpieczeń adresowanych do osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej są: ubezpieczenia indywidualne na życie, wypadkowe, chorobowe i zdrowotne oraz ubezpieczenia służące ochronie ich majątku (ubezpieczenia domów i mieszkań, ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym, ubezpieczenia komunikacyjne (samochodów rodzinnych). Propozycja sektora ubezpieczeniowego dla tej grupy klientów jest bardzo szeroka i wciąż się rozwija. Powstają nowe i innowacyjne produkty.

Ubezpieczenia adresowane do przedsiębiorstw i innych organizacji obejmują ubezpieczenia szkód w budynkach, maszynach, materiałach do produkcji, półfabrykatach, składowanej produkcji, ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej, OC ogólnej i zawodowej, ubezpieczenia kredytu kupieckiego, gwarancje ubezpieczeniowe, ubezpieczenia *business interruption* **(**strat w dochodach przedsiębiorstwa spowodowanych zdarzeniem losowym). Z uwagi na specyfikę małych i średnich przedsiębiorstw (MSP) ubezpieczyciele przygotowują dla nich specjalne produkty pakietowe, charakteryzujące się dużą elastycznością i szerokim wachlarzem dostępnych opcji.

W krajach Unii Europejskiej można spotkać podział ubezpieczeń *non-life* adresowanych do przedsiębiorstw na: ubezpieczenia **dużego ryzyka** (*large risks*) oraz ubezpieczenia **ryzyka masowego** *(mass risks)*. Jako duże ryzyko określa się tutaj ubezpieczenie majątku przedsiębiorstwa, które spełnia przynajmniej dwa z następujących kryteriów: posiada aktywa większe niż 6,2 mln euro, legitymuje się sprzedażą większą niż 12,8 mln euro oraz zatrudnia więcej niż 250 pracowników. Ubezpieczenia majątkowe dla pozostałych firm traktowane są jako ubezpieczenia ryzyka masowego [Skipper, Kwon, 2007, s. 25].

Dokonując dalszego podziału ubezpieczeń pod względem docelowej grupy nabywców, możemy wyróżnić ubezpieczenia kierowane do samorządów i innych

instytucji publicznych oraz ubezpieczenia kierowane do rolników (tzw. ubezpieczenia rolne) (szerzej podrozdz. 5.7).

1.3.4. Ustawowa klasyfikacja ubezpieczeń

W Polsce, podobnie jak w innych krajach europejskich, obowiązuje rozdzielność branż. Oznacza to, że nie jest dozwolona sprzedaż ubezpieczeń życiowych i majątkowych przez jednego ubezpieczyciela.

Ustawowa klasyfikacja ubezpieczeń jest najbardziej szczegółowa. W załączniku do ustawy o działalności ubezpieczeniowej (Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracji) występuje podział ubezpieczeń na działy, grupy i rodzaje ryzyka. Dział I – *Ubezpieczenia na życie* składa się z 5 grup. Dział II – *Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe* składa się z 18 grup. Ubezpieczenia działu I i II różnią się takim cechami, jak: termin obowiązywania umowy[4], szczegółowe zasady kalkulowania składek, procedura tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, liczenie rachunku wyników, polityka lokacyjna funduszy ubezpieczeniowych, ustalanie wysokości świadczeń i odszkodowań, obsługa ubezpieczeń itp.

Dział I – *Ubezpieczenia na życie* składa się z następujących grup:

1. Ubezpieczenia na życie.
2. Ubezpieczenia posagowe i zaopatrzenia dzieci.
3. Ubezpieczenia na życie, jeśli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a także ubezpieczenia na życie, w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalone na podstawie określonych indeksów lub innych wartości bazowych.
4. Ubezpieczenia rentowe.
5. Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeśli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1–4.

Grupy wchodzące w skład działu II – *Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe* zostały przedstawione w tabeli 1.9 w zestawieniu z klasyfikacją ubezpieczeń majątkowych występującą w krajach OECD.

[4] Wszystkie ubezpieczenia działu II oraz ubezpieczenia grupy 5 działu I zawierane są na jeden rok. Ubezpieczenia czterech pierwszych grup działu I wyróżniają się długim okresem ochrony lub zawierane są bezterminowo.

Tabela 1.9. Klasyfikacja ubezpieczeń innych niż na życie

Klasyfikacja OECD Ubezpieczenia *non-life*	**Klasyfikacja według załącznika do ustawy ubezpieczeniowej Dział II – *Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe***
1	**2**
Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe (*Accident and Sickness*)	Gr. 1. Ubezpieczenia wypadku, w tym wypadku przy pracy i choroby zawodowej Gr. 2. Ubezpieczenia choroby
Ubezpieczenia morskie, lotnicze i transportowe (*Marine*, *Aviation and Transportation* – MAT)	Gr. 4. Ubezpieczenia casco pojazdów szynowych obejmujące szkody w pojazdach szynowych Gr. 5. Ubezpieczenia casco statków powietrznych obejmujące szkody w statkach powietrznych Gr. 6. Ubezpieczenia żeglugi morskiej i śródlądowej casco statków żeglugi morskiej i statków żeglugi śródlądowej Gr. 11. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wszelkiego rodzaju, wynikającej z posiadania i użytkowania statków powietrznych, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika Gr. 12. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za żeglugę morską i śródlądową, wynikającej z posiadania i użytkowania statków żeglugi śródlądowej i statków morskich, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika
Ubezpieczenia pojazdów silnikowych (*Motor Vehicle*)	Gr. 3. Ubezpieczenia casco pojazdów lądowych, z wyjątkiem pojazdów szynowych dla określonych typów szkód Gr. 10. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wszelkiego rodzaju, wynikającej z posiadania i użytkowania pojazdów lądowych z napędem własnym, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika
Ubezpieczenie ładunków (*Freight*)	Gr. 7. Ubezpieczenie przedmiotów w transporcie, obejmujące szkody na transportowanych przedmiotach, niezależnie od każdorazowo stosowanych środków transportu
Ubezpieczenia od ognia i innych szkód majątkowych (*Fire and other Property Damage*)	Gr. 8. Ubezpieczenie szkód spowodowanych żywiołami, obejmujące szkody rzeczowe nieujęte w grupach 3–7, spowodowane przez ogień, eksplozję, burzę, inne żywioły, energię jądrową, obsunięcia ziemi lub tąpnięcie Gr. 9. Ubezpieczenie pozostałych szkód rzeczowych (jeżeli nie zostały ujęte w grupie 3, 4, 5, 6 lub 7), wywołanych przez grad lub mróz oraz inne przyczyny (jak np. kradzież), jeżeli przyczyny te nie są ujęte w grupie 8
Ubezpieczenia strat pieniężnych (*Pecuniary Loss*)	Gr. 14. Ubezpieczenia kredytu Gr. 15. Gwarancja ubezpieczeniowa Gr. 16. Ubezpieczenia różnych rodzajów ryzyka finansowego
Ubezpieczenia odpowiedzialności ogólnej (*General Liability*)	Gr. 13. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej ogólnej, nieujętej w grupach 10–12

1	2
Pozostałe ubezpieczenia majątkowe (*Other Non-life Insurance*)	Gr. 17. Ubezpieczenia ochrony prawnej Gr. 18. Ubezpieczenia świadczenia pomocy na korzyść osób, które popadły w trudności w czasie podróży lub podczas nieobecności w miejscu zamieszkania
Kontrakty reasekuracyjne (*Treaty Reinsurance*)	Reasekuracja czynna

Źródło: opracowanie własne na podstawie załącznika do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracji oraz [Skipper, Kwon, 2007, s. 568].

Ubezpieczenia zdrowotne łączą w sobie cechy zarówno ubezpieczeń osobowych, jak i majątkowych. W Polsce ani w kodeksie cywilnym, ani w załączniku do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracji nie występuje termin „ubezpieczenia zdrowotne", chociaż w praktyce takie ubezpieczenia są zawierane. Jako ubezpieczenia zdrowotne uznaje się zarówno ubezpieczenia poważnego zachorowania, ryczałtu za dzień pobytu w szpitalu lub na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM), przebytej operacji i rehabilitacji (mające charakter nieodszkodowawczy), jak i kompleksowe ubezpieczenia kosztów leczenia, które mają charakter odszkodowawczy [Osak, 2011b, s. 192]. Przykładem typowego ubezpieczenia zdrowotnego są ubezpieczenia **kosztów leczenia**. Mają one charakter komplementarny bądź substytucyjny względem publicznych (powszechnych) ubezpieczeń zdrowotnych. Świadczenie ubezpieczeniowe ma tutaj charakter odszkodowawczy, ponieważ jego wysokość jest ściśle uzależniona od rzeczywistych kosztów leczenia. Charakter odszkodowawczy świadczenia ubezpieczeniowego pozwala uznać ubezpieczenia zdrowotne za rodzaj ubezpieczeń majątkowych.

Strona podażowa ubezpieczeń zdrowotnych również nie jest jednolita. Pomimo ustawowej rozdzielności branż, ubezpieczenia medyczne oferują zarówno ubezpieczyciele działu I, jak i ubezpieczyciele działu II. Są to ubezpieczenia takie same co do rodzaju, a różnica dotyczy jedynie formuły ich sprzedaży. Ubezpieczyciele działu I czynią to w ramach łączenia w jednej umowie ubezpieczeń życiowych (jako głównych) oraz wypadkowych i chorobowych (jako opcji uzupełniającej umowę główną). W ten sposób ubezpieczenie zdrowotne nabiera cech ubezpieczenia hybrydowego [Orlicki, 2010a, s. 13 i nast.]. Ubezpieczyciele działu II sprzedają ubezpieczenia zdrowotne jako produkty samodzielne. Ubezpieczenia zdrowotne są o tyle ważne, że współfinansują podstawową publiczną opiekę zdrowotną, dostarczając dodatkowych środków na finansowanie tej opieki. W prawie unijnym ubezpieczenia zdrowotne usytuowane są w dziale ubezpieczeń *non-life*[5] (szerzej rozdz. 5).

[5] Zob. punkty 22–25 preambuły oraz art. 54 trzeciej dyrektywy w sprawie ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie: Dyrektywa Rady 92/49/EWG z dnia 18 czerwca 1992 r.

1.3.5. Podział ubezpieczeń ze względu na stopień swobody w zakresie zawierania umowy ubezpieczenia

Biorąc pod uwagę swobodę lub jej brak w zakresie decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia, wyróżnia się ubezpieczenia **dobrowolne** i **obowiązkowe**. Zdecydowana większość ubezpieczeń rynkowych ma charakter dobrowolny umów ubezpieczeniowych – na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Można powiedzieć, że ubezpieczenia dobrowolne są regułą, a niejako odstępstwem od niej są ubezpieczenia obowiązkowe. Przymus ubezpieczeniowy to obowiązek prawny albo wymuszona prawem powinność posiadania ochrony ubezpieczeniowej przez osoby fizyczne i/lub osoby prawne.

Prawny przymus ubezpieczenia jest motywowany dążeniem państwa do zagwarantowania powszechności określonych rodzajów ubezpieczeń, kiedy przemawia za tym interes ogólnospołeczny [Sangowski (red.), 1999, s. 219]. Główną przesłanką wprowadzenia ubezpieczeń obowiązkowych jest potrzeba zapewnienia ochrony dla dużych potencjalnie grup poszkodowanych, w sytuacji gdy szkody: po pierwsze – zagrażają zdrowiu i życiu ludzi, po drugie – wynikają z działalności szczególnie niebezpiecznej, po trzecie – powstają w związku ze świadczeniem usług specjalistycznych (np. obsługa prawna, usługa architekta), po czwarte – wymaga tego ważny interes ogólnospołeczny w ochronie określonych dóbr[6]. Czasami przymus ubezpieczeniowy wprowadzony jest w celu ochrony indywidualnego interesu majątkowego, czego przykładem jest obowiązek ubezpieczeń budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego.

W poszczególnych krajach zakres ubezpieczeń obowiązkowych i ich liczba są zróżnicowane, od kilku produktów (Austria, Wielka Brytania) do nawet kilkuset produktów (przykładowo Francja – ponad 200 rodzajów ubezpieczeń obowiązkowych). W Polsce obowiązuje zasada dobrowolności ubezpieczeń, wprowadzona jeszcze ustawą z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej. Umowa ubezpieczenia ma charakter dobrowolny, z zastrzeżeniem przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Zgodnie z przepisami tej ustawy ubezpieczeniami obowiązkowymi są: ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów; ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego; ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych. Ubezpieczenia te noszą nazwę ubezpieczeń obowiązkowych *sensu stricto* lub ubezpieczeń **obowiązkowych powszechnych**. Charakteryzują się tym, że ogólne warunki ubezpieczeń (OWU), które kształtują prawa i obowiązki stron, są wydawane w drodze aktu normatywnego (rozporządzenia Ministra Finansów). Są więc

[6] Szerzej na ten temat m.in. [Kowalewski, 2010; Mogilski, 2009].

przepisami prawnymi o charakterze bezwzględnie obowiązującym. Ubezpieczenia obowiązkowe *sensu stricto* (powszechne) nie są jednolite. Niektóre z nich podlegają systemowi kontroli spełniania obowiązku ubezpieczeniowego i sankcjom finansowym za brak wypełnienia tego obowiązku (przykładowo ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów i ubezpieczenia OC rolników). Inne ubezpieczenia z tej grupy takiej kontroli nie podlegają [Sangowski (red.), 1998, s. 160–161].

Poza ubezpieczeniami obowiązkowymi powszechnymi występują również ubezpieczenia, które noszą znamiona przymusu, ale obowiązek ich zawarcia nie wynika z ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Takie ubezpieczenia nazywane są ubezpieczeniami obowiązkowymi *sensu largo* lub ubezpieczeniami obowiązkowymi **szczególnymi**. W polskim porządku prawnym zidentyfikowano ponad 160 przykładów przymusu ubezpieczenia, które podzielono na pięć odrębnych obszarów (podzbiorów) [Kowalewski (red.), 2013]. Obszar pierwszy to ubezpieczenia obowiązkowe odpowiedzialności cywilnej wynikające z określonych ustaw, w tym m.in.: ubezpieczenia OC w zawodach prawniczych; ubezpieczenia OC pośredników ubezpieczeniowych; ubezpieczenia OC księgowych i biegłych rewidentów; ubezpieczenia OC wynikające z działalności leczniczej, farmaceutycznej oraz badań i wyrobów medycznych; ubezpieczenia OC z tytułu transportu morskiego, lotniczego, lądowego; ubezpieczenia OC z tytułu działalności niebezpiecznej i szczególnie niebezpiecznej. Obszar drugi – to obowiązkowe ubezpieczenia wynikające z ratyfikowanych umów międzynarodowych. Obszar trzeci – obowiązkowe ubezpieczenia wynikające z rozporządzeń i dyrektyw UE. Obszar czwarty – obowiązkowe ubezpieczenia wynikające z rozporządzeń wykonawczych do ustaw. Obszar piąty – obowiązkowe ubezpieczenia wynikające z nieratyfikowanych umów międzynarodowych [Kowalewski (red.), 2013, s. 8]. Ubezpieczenia obowiązkowe *sensu largo* charakteryzują się tym, że OWU ustalają tutaj sami ubezpieczyciele na podstawie określonych przepisów prawnych. Ubezpieczenia z tej grupy również są zróżnicowane. Nie podlegają systemowi kontroli i opłat karnych za niespełnienie powinności ustawowej. W przypadku niektórych z nich powinność spełnienia obowiązku jest warunkiem wstępnym wydania zezwolenia lub licencji na prowadzenie określonej działalności gospodarczej, np. ubezpieczenie OC brokerów, przewoźników lotniczych czy pośredników turystycznych. Jeszcze inne są warunkiem wstępnym zawarcia określonej umowy, np. sprzedaży ratalnej, umowy kredytu lub leasingu [Sangowski (red.), 1998, s. 162].

Biorąc pod uwagę inne kryteria szczegółowe, ubezpieczenia gospodarcze dzielone są następująco[7]:

1. Ze względu na **kryterium przedmiotu i rodzaju niebezpieczeństw** objętych ochroną ubezpieczeniową wyróżnia się: ubezpieczenia od ognia i innych zdarzeń losowych, ubezpieczenia od kradzieży z włamaniem i rabunku, ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, ubezpieczenia transportowe, ubezpieczenia

[7] Większość z zaproponowanych kryteriów klasyfikacji jest przedmiotem głębszych analiz i dyskusji w dalszych rozdziałach książki.

budowlano-montażowe, ubezpieczenia komunikacyjne, ubezpieczenia turystyczne, ubezpieczenia katastroficzne.

2. Ze względu na **źródła regulacji prawnej** ubezpieczenia dzieli się na: **lądowe** (regulowane przepisami kodeksu cywilnego) oraz **morskie** (regulowane przepisami kodeksu morskiego). Podział ten uwzględnia jeszcze inne kryteria, takie jak: tradycja oraz odmienność przedmiotu i zasad ubezpieczenia.

3. Ze względu na **stopień oznaczoności ubezpieczonego** wyróżnia się ubezpieczenia imienne, bezimienne, na rzecz osoby trzeciej.

4. Ze względu na **metodę konstrukcji ogólnych warunków ubezpieczeń** wyróżnia się ubezpieczenia pojedynczego ryzyka, ubezpieczenia typu *all risks*, ubezpieczenia w oparciu o ryzyko nazwane, ubezpieczenia scalone, ubezpieczenia blokowe.

5. Ze względu na **liczbę ubezpieczycieli** udzielających ochrony ubezpieczeniowej wyróżnia się: ubezpieczenia pojedyncze, koasekuracyjne, wielokrotne – podwójne.

6. Ze względu na **formę transferu ryzyka** wyróżnia się: ubezpieczenia **bezpośrednie** (*sensu stricto*) – transfer ryzyka między ubezpieczającym a ubezpieczycielem oraz ubezpieczenia **pośrednie** – reasekuracja, kiedy dokonuje się ponowny transfer ryzyka między ubezpieczycielami.

Słowa kluczowe

- Plany emerytalne
- Prywatne ubezpieczenia zdrowotne
- Publiczne ubezpieczenia zdrowotne
- Renty życiowe
- Ryzyko socjalne i jego rodzaje
- Ubezpieczenia adresowane do firm
- Ubezpieczenia adresowane do osób fizycznych
- Ubezpieczenia chorobowe
- Ubezpieczenia finansowe
- Ubezpieczenia indywidualne i grupowe
- Ubezpieczenia majątkowe
- Ubezpieczenia na życie o charakterze inwestycyjnym
- Ubezpieczenia na życie o charakterze ochronnym
- Ubezpieczenia obowiązkowe
- Ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków
- Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej
- Ubezpieczenia osobowe
- Ubezpieczenie społeczne
- Zabezpieczenie społeczne

Pytania kontrolne

1. Jakie są rodzaje ryzyka socjalnego?
2. Jakie są najważniejsze cechy ubezpieczeń społecznych i gospodarczych?
3. Jakie są podstawowe kryteria stosowane w podziale ubezpieczeń gospodarczych?
4. Jak się dzielą ubezpieczenia osobowe według kryterium przedmiotu ubezpieczenia?
5. Jakie są podstawowe podobieństwa i różnice między ubezpieczeniami życiowymi i rentami życiowymi?
6. Jak się dzieli ubezpieczenia majątkowe według kryterium przedmiotu ubezpieczenia?
7. Jakie są podstawowe różnice między ubezpieczeniami indywidualnymi a grupowymi?
8. Jakie są przykłady ubezpieczeń adresowanych do osób fizycznych oraz ubezpieczeń adresowanych do przedsiębiorstw?
9. Jakie są główne cechy ubezpieczeń zdrowotnych?
10. Jakie są podstawowe różnice między publicznymi a prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi?
11. Jakie są podstawowe rodzaje ubezpieczeń obowiązkowych?
12. Jakie są motywy wprowadzania ubezpieczeń obowiązkowych?

1.4. Funkcje ubezpieczeń i ich znaczenie w gospodarce

T. Bednarczyk

Ubezpieczenie jest instrumentem (usługą finansową), który pozwala przejmować, rozpraszać i redystrybuować skutki finansowe szkód losowych oraz podnosić bezpieczeństwo finansowe podmiotów gospodarujących (gospodarstw domowych i przedsiębiorstw). Pierwotną funkcją ubezpieczycieli jest udzielanie ochrony ubezpieczeniowej (funkcja ochronno-kompensacyjna) i mobilizowanie oszczędności, a ich wtórną funkcją jest ułatwianie transferu tych oszczędności w kapitał rzeczowy (funkcja inwestycyjna). W podrozdziale przedstawiono znaczenie ubezpieczeń (działalności ubezpieczycieli) w gospodarce głównie z makroekonomicznego punktu widzenia. Wyjaśniono, w jaki sposób ubezpieczyciele pozytywnie wpływają na wzrost gospodarczy.

Ubezpieczenia rynkowe to instrumenty finansowe, za pomocą których zaspakajane są określone potrzeby finansowe osób fizycznych i przedsiębiorstw w zakresie łagodzenia lub w pełni likwidowania negatywnych skutków zdarzeń losowych. Dzięki usłudze ubezpieczeniowej podmioty doznające szkód losowych, otrzymują środki finansowe, które pozwalają im odtworzyć zniszczony majątek (ujęcie mikroekonomiczne), a także zapewnić w miarę równomierny i stabilny sposób funkcjonowania całej gospodarki (ujęcie makroekonomiczne). Ubezpieczenia gospodarcze zalicza się do makroekonomicznych stabilizatorów gospodarczych, ponieważ łagodzą szok związany ze szkodami losowymi [Rejda, 1966, s. 195–208].

W literaturze krajowej zwraca się uwagę na trzy główne funkcje ubezpieczeń: funkcję ochrony ubezpieczeniowej, funkcję prewencyjną i funkcje finansowe [Sangowski (red.), 1999, s. 48]. Funkcja **ochrony ubezpieczeniowej** traktowana jest jako funkcja nadrzędna, ponieważ najpełniej wyraża zarówno istotę, jak i zasadnicze treści społeczno-ekonomiczne ubezpieczeń. Polega na tym, że ubezpieczyciel gwarantuje gotowość do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, kiedy zajdzie wypadek ubezpieczeniowy. Pozostałe funkcje są uważane za funkcje wtórne wobec funkcji ochronnej. Funkcja **prewencyjna** ubezpieczeń polega na tym, że zakłady ubezpieczeń premiują wszelką działalność zmierzającą do zmniejszenia szkód losowych, zarówno przez ograniczanie ich rozmiarów, liczebności, częstotliwości, jak i zmniejszanie prawdopodobieństwa zrealizowania się ryzyka [Sangowski (red.), 1999, s. 57–58]. Funkcje **finansowe** są ściśle związane z przynależnością ubezpieczeń rynkowych do szeroko rozumianego systemu finansowego państwa. W ramach funkcji finansowych wyróżniono: funkcję redystrybucyjną, fiskalną, lokacyjną, interwencyjną, kontrolną oraz funkcję akumulacji kapitałowej. Funkcje te zostały szeroko opisane w literaturze [Sangowski (red.), 1999, s. 59–60; Sangowski (red.), 1998, s. 75–83; Banasiński, 1996, s. 13–18].

Wraz z rozwojem ubezpieczeń w Europie i na świecie zaczęto dostrzegać także inne funkcje ubezpieczeń i fundamentalne korzyści, jakich dostarczają ubezpieczyciele całej gospodarce, takie jak [Skipper, Kwon, 2007, s. 514–521; Bednarczyk, 2012]:

- przyczynianie się do podnoszenia stabilności finansowej (*promote financial stability*),
- zastępowanie i/lub uzupełnianie rządowych programów socjalnych (*substitutes for and complements government security programs*),
- ułatwianie handlu i wymiany (*facilitates trade and commerce*),
- pomoc w gromadzeniu oszczędności (*helps mobilize savings*),
- umożliwianie bardziej efektywnego zarządzania ryzykiem (*enables risk to be managed more efficiently*),
- zachęcanie do pomniejszania strat losowych (*encourages loss mitigation*),
- sprzyjanie bardziej efektywnej alokacji kapitału (*fosters a more efficient capital allocation*).

1.4.1. Podnoszenie stabilności finansowej

Ubezpieczenia pozwalają na rozproszenie skutków określonych rodzajów ryzyka na całą populację ubezpieczonych i dzięki temu stabilizują poziom konsumpcji osób fizycznych i rodzin oraz poziom inwestycji przedsiębiorstw i organizacji. Świadczenia ubezpieczeniowe oddziałują na poprawę sytuacji społeczno-ekonomicznej podmiotów poszkodowanych i pokrzywdzonych wskutek zdarzeń losowych,

przywracając im naruszoną równowagę oraz przeciwdziałając zachwianiu ich kondycji finansowej. Dzięki świadczeniom ubezpieczeniowym podmioty te mają znacznie mniejszą potrzebę korzystania z pomocy finansowej rodzin, znajomych lub państwa.

Poczucie bezpieczeństwa finansowego uwalnia przedsiębiorstwa działające w sferze realnej gospodarki od konieczności gromadzenia funduszy rezerwowych, stanowiących własne zabezpieczenie skutków oddziaływania zdarzeń losowych i wydatków nadzwyczajnych [Znaniecka, 2006, s. 248]. Przedsiębiorstwa, które korzystają z produktów ubezpieczeniowych, nie muszą gromadzić kapitału rezerwowego w takich rozmiarach jak przedsiębiorstwa nieubezpieczone, które muszą się liczyć z koniecznością pokrycia strat losowych z własnych zasobów kapitałowych. Im większe ryzyko ponosi przedsiębiorstwo, tym większego kapitału potrzebuje na tworzenie rezerw szkodowych. Przy metodach zarządzania ryzykiem innych niż ubezpieczenia koszty zarządzania ryzykiem są zdeterminowane dostępnością i atrakcyjnością tych metod. Istotne znaczenie odgrywają takie czynniki, jak: czas, stopa oprocentowania kredytów i lokat bankowych, a także ogólna kondycja przedsiębiorstwa, umożliwiająca wykorzystanie środków finansowych z innych oddziałów (regionów) czy sfer działalności. Istotnym elementem dla oceny kosztów tworzenia rezerw szkodowych (samoubezpieczanie) jest także płynność inwestycji. Mechanizm ubezpieczeniowy, który polega na rozkładaniu kosztów podejmowania ryzyka na grupę narażonych, stanowi stosunkowo niedrogi sposób pokrywania potencjalnych strat[8].

Ochrona ubezpieczeniowa jest szczególnie przydatna w podnoszeniu bezpieczeństwa finansowego firm małych i średnich, borykających się z brakami kapitału i nieposiadających wystarczającego potencjału do kompensowania strat we własnym zakresie. Samoubezpieczanie małych firm wymaga tworzenia rezerw niejednokrotnie przekraczających poziom kapitałów, którymi dysponują. Warto podkreślić, że przedsiębiorstwa korzystające z ochrony ubezpieczeniowej mogą liczyć także na inne korzyści pozakompensacyjne, takie jak np.: pomoc informacyjno-organizacyjna w zakresie analizy ryzyka i prewencji czy administrowanie roszczeniami. Ubezpieczyciele mogą być też pomocni w ocenie ryzyka wymagającego specjalistycznej wiedzy i umiejętności, zarówno przy projektowaniu programów zabezpieczenia, jak i w ramach tzw. lustracji ryzyka (*risk surveys*) [Kwiecień, 2010, s. 160].

Reasumując, można stwierdzić, że stabilność finansowa dostarczana przez ubezpieczycieli pełni bardzo ważną funkcję makroekonomiczną, gdyż zachęca przedsiębiorstwa do inwestowania w sferę realną gospodarki.

[8] Nabywanie produktów ubezpieczeniowych jest rozwiązaniem o tyle tańszym, że z reguły ochrona ubezpieczeniowa mierzona sumą ubezpieczeń przewyższa wielokrotnie (nawet i ponad 100 razy) pobrane składki, stanowiące cenę tej ochrony [Raport CEA, 2006].

1.4.2. Zastępowanie i uzupełnianie rządowych programów socjalnych

Współczesne państwo jest dominującym podmiotem polityki społecznej[9]. Ubezpieczenia prywatne znajdują zastosowanie w zabezpieczeniu społecznym jako alternatywa dla programów publicznych. Jest to szczególnie pożądane wtedy, kiedy instytucje prywatne są skuteczniejsze lub efektywniejsze od instytucji publicznych. System publicznych ubezpieczeń społecznych i prywatne ubezpieczenia na życie są w pewnym zakresie substytucyjne, co oznacza, że im lepiej rozwinięty jest system ubezpieczeń prywatnych, tym są mniejsze konieczne wydatki rządowe na ubezpieczenia społeczne. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne oraz ubezpieczenia na życie nie tylko częściowo zastępują rządowe programy zabezpieczenia społecznego, ale także je uzupełniają (efekt komplementarny). W ten sposób ubezpieczyciele odciążają finanse publiczne i umożliwiają gospodarstwom domowym dostosowywanie swoich programów bezpieczeństwa socjalnego do własnych zindywidualizowanych potrzeb.

Substytucyjna i komplementarna rola ubezpieczycieli prywatnych jest ważna. To swoiste partnerstwo publiczno-prywatne w ramach polityki społecznej jest szczególnie widoczne w ochronie zdrowia oraz w zabezpieczeniu emerytalnym. Ubezpieczyciele prywatni angażują się w tworzenie dodatkowych systemów emerytalnych oraz w ochronie zdrowia. Prywatne zakłady ubezpieczeń oferują produkty substytucyjne, komplementarne lub suplementarne wobec produktów dostarczanych przez publiczne systemy opieki zdrowotnej [Szumlicz, Więckowska, 2005, s. 123–124].

Produkty substytucyjne zastępują usługi publicznego systemu opieki zdrowotnej w sytuacji np. długiego oczekiwania na usługę lub świadczenie. Stanowią także alternatywę dla osób, które nie są objęte przymusem uczestnictwa w systemie publicznym. Rozwiązania takie funkcjonują w Holandii, Niemczech i w pewnym zakresie w Hiszpanii. **Produkty komplementarne** uzupełniają zakres lub podwyższają standard publicznych świadczeń medycznych. Rozwiązania takie są obecne we Francji, Danii, Belgii czy Szwecji. **Produkty suplementarne** podwyższają zakres świadczonych usług bez możliwości rezygnacji z uczestnictwa w systemie publicznym. Rozwiązanie takie często zapewnia podwójną ochronę, co wynika z niesatysfakcjonującego standardu lub ograniczonego dostępu do świadczeń w ramach systemu publicznego. Przykłady tego typu rozwiązań istnieją w Polsce.

[9] W ostatnich trzech dekadach wydatki socjalne w państwach OECD stale rosły. W latach 1985–2012 wzrosły o prawie 30%. W roku 1985 średni udział wydatków publicznych w tych krajach na zabezpieczenie społeczne (emerytury i renty, ochronę zdrowia, zasiłki dla niepracujących, bezrobotnych, mało zarabiających) stanowił 17% PKB, w roku 2007 – 18,9% PKB, a w roku 2012 – 21,9% PKB. W USA wydatki socjalne w 2012 r. stanowiły ok. 19% PKB. Struktura przeciętnych wydatków socjalnych w krajach OECD w 2012 r. była następująca: wydatki emerytalne – 7,9% PKB, wydatki na ochronę zdrowia – 6,2% PKB, na wsparcie dochodów populacji w wieku produkcyjnym – 4,4% PKB, pozostałe wydatki socjalne – 2,4% PKB [OECD, 2014].

1.4.3. Ułatwianie handlu i wymiany

Już najwcześniejsze formy ubezpieczeń (morskie, ogniowe) chroniły kupców przed ryzykiem wynikającym z transakcji handlowych. Przyczyniały się do rozwoju handlu międzynarodowego, transportu morskiego, rzemiosła, a potem przemysłu, i tym samym stanowiły bodziec do wzrostu gospodarczego. Działalność ubezpieczeniowa wspierała w sposób szczególny te dziedziny, w których niebezpieczeństwo zagrażające działalności gospodarczej człowieka i jego życiu było największe. Ubezpieczenia ogniowe fabryk oraz składów towarowych, a także ubezpieczenia robotników od następstw nieszczęśliwych wypadków przyczyniały się do rozwoju ówczesnego przemysłu. Także ubezpieczenia techniczne (maszyn, okrętów, budowli, szybów itp.) służyły rozwojowi przedsiębiorczości. Przed I wojną światową i w okresie międzywojennym ubezpieczenia komunikacyjne i odpowiedzialności cywilnej właścicieli aut i przedsiębiorców trudniących się przewozem osób sprzyjały rozwojowi przemysłu motoryzacyjnego. Im bardziej rozwijały się ubezpieczenia, tym bardziej rosło ich gospodarcze znaczenie [Sangowski, 1998].

Współczesne ubezpieczenia ułatwiają produkcję szeregu dóbr i usług. Ochrona ubezpieczeniowa, a zwłaszcza ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej są jednym z warunków angażowania się w ryzykowne rodzaje działalności biznesowej, np. w lotnictwo. Ponieważ nowe segmenty działalności gospodarczej wiążą się z podwyższonym ryzykiem niepowodzenia inwestycji, inwestorzy często udostępniają swoje kapitały jedynie pod warunkiem ubezpieczenia aktywów majątkowych jak i życia przedsiębiorców. Produkty ubezpieczeniowe odgrywają ważną rolę w rozwoju światowego handlu, a zwłaszcza eksportu.

Jedną ze szczególnych funkcji ubezpieczeń jest wspieranie eksportu, który jest lokomotywą wzrostu gospodarczego. Eksporterzy są narażeni na wiele dodatkowych rodzajów ryzyka, takich jak: ryzyko produkcji, ryzyko kredytowe, ryzyko polityczne, ryzyko kosztów poszukiwania zagranicznych rynków zbytu, ryzyko inwestycji bezpośrednich za granicą, ryzyko strat finansowych z tytułu ryzyka kursowego. Przejmowanie ryzyka w ramach ubezpieczania wierzytelności zagranicznych lub gwarantowanie ich spłaty przez ubezpieczycieli stanowi, obok ceny i jakości towarów, istotny i coraz ważniejszy element podnoszenia konkurencyjności oferty eksportowej na rynkach międzynarodowych[10]. W Polsce funkcjonuje Korporacja Ubezpieczeń Kredytów Eksportowych (KUKE) SA, która oferuje gwarantowane przez Skarb Państwa ubezpieczenia dla eksporterów lub/i banków finansujących kontrakty eksportowe do krajów podwyższonego ryzyka. KUKE SA przejmując część ryzyka handlowego i niehandlowego, przyczynia się jednocześnie do promocji polskiego eksportu. Na coraz bardziej konkurencyjnym polskim rynku są obecne również inne komercyjne zakłady ubezpieczeń, które oferują ubezpieczenia eksportowe bez wsparcia środków publicznych. Należą do nich m.in. Euler Hermes, Coface, Atradius.

[10] Szerzej na ten temat pisze Bednarczyk [2000].

1.4.4. Przyczynianie się do gromadzenia oszczędności

Oszczędności, które są umiejętnie zamieniane na inwestycje rzeczowe, odgrywają ważną rolę we wzroście gospodarczym. Ubezpieczyciele poprzez gromadzenie składek, a następnie ich inwestowanie występują w roli pośredników finansowych między jednostkami nadwyżkowymi i deficytowymi. Do zwiększania oszczędności, zwłaszcza tych długookresowych, przyczyniają się w sposób szczególny produkty ubezpieczeń życiowych. Ubezpieczyciele życiowi realizują podobne funkcje oraz dostarczają gospodarce podobnych korzyści co pozostali pośrednicy finansowi. Zapewniają szerszy dostęp do zróżnicowanych form oszczędzania, biorą udział w ułatwianiu przepływu siły nabywczej, obniżaniu kosztów transakcyjnych i osiąganiu korzyści skali. Podobnie jak banki, zwiększają dostępność kapitałów dla różnego rodzaju inwestycji w sferze realnej gospodarki. Niektóre produkty ubezpieczeniowe są w swej istocie zbliżone do produktów bankowych, np. polisy lokacyjne lub gwarancje ubezpieczeniowe.

Współcześni ubezpieczyciele oferują nie tylko ochronę ubezpieczeniową. Realizują wiele funkcji typowych dla pośredników finansowych. Rozwój ubezpieczeń jest jednym z elementów rozwoju finansowego kraju i przyczynia się do sprawniejszego funkcjonowania rynków finansowych i sfery realnej gospodarki. Ubezpieczyciele zwiększają efektywność systemu finansowego na co najmniej trzy sposoby. Po pierwsze – przyczyniają się do redukowania kosztów transakcyjnych, związanych z kojarzeniem pożyczkodawców i pożyczkobiorców. Po drugie – działalność inwestycyjna ubezpieczycieli przyczynia się do zwiększania płynności rynku kapitałowego oraz pogłębiania (*deep*) i poszerzania (*broad*) dostępu do kapitału i usług finansowych. Dodatkowy kapitał dostarczany na rynek finansowy umożliwia inwestorom łatwiejszy dostęp do zdywersyfikowanych portfeli inwestycyjnych, co ułatwia ich gotowość do inwestowania w projekty wysokiego ryzyka oraz kreuje wartość dodaną dla inwestorów [Pagano, 1993].

Po trzecie – ubezpieczyciele przyczyniają się do osiągania korzyści skali z inwestycji. Niektóre projekty inwestycyjne w sferze realnej gospodarki są ogromne i wymagają odpowiednio dużego kapitału do ich sfinansowania. Duże projekty zapewniają z reguły osiąganie korzyści skali, wspierają specjalizację i stymulują innowacje technologiczne, a zatem są szczególnie ważne dla wzrostu gospodarczego. Ubezpieczyciele – poprzez możliwość gromadzenia dużych sum od tysięcy drobnych płatników składek – współuczestniczą w dostarczaniu kapitału finansowego i pośrednim rozszerzaniu zdolności produkcyjnych gospodarki.

Ubezpieczyciele życiowi oraz prywatne fundusze emerytalne odgrywają ważną rolę, szczególnie na rynkach wschodzących. W przeciwieństwie do banków komercyjnych, które specjalizują się w depozytach i kredytach krótkoterminowych, ubezpieczyciele życiowi oraz fundusze emerytalne gromadzą oszczędności długoterminowe. Stanowią dodatkowe źródło długoterminowego finansowania zarówno

potrzeb rządów, jak i biznesu. Produkty ubezpieczeń na życie wraz z funduszami emerytalnymi stanowią ok. 50% długoterminowych oszczędności Europejczyków. Łączne aktywa zakładów ubezpieczeń i funduszy emerytalnych odpowiadają za ponad 100% PKB Unii Europejskiej [Kawiński, 2013].

1.4.5. Przyczynianie się do bardziej efektywnego zarządzania ryzykiem

System finansowy i pośrednicy finansowi wyceniają, transformują oraz redukują ryzyko. Im system finansowy jest bardziej wydajny w dostarczaniu usług zarządzania ryzykiem, tym większa jest wartość zakumulowanych oszczędności stymulujących inwestycje, a zasoby rzeczowe są efektywniej alokowane. Ubezpieczyciele biorą też udział w wycenie ryzyka na co najmniej dwóch poziomach. W ramach aktywności ubezpieczeniowej oceniają potencjalne szkody w działalności gospodarczej, w majątku i w dobrach osobistych przyjętych do ubezpieczenia. Im wyżej wycenią wartość spodziewanych szkód, tym wyższych cen żądają za usługi ubezpieczeniowe. W ramach działalności inwestycyjnej ubezpieczyciele oceniają ryzyko kredytowe przedsięwzięć, w które inwestują swoje kapitały, oraz równowartość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Dostarczają w ten sposób informacji innym potencjalnym inwestorom, właścicielom, klientom, pracownikom i innym zainteresowanym podmiotom oraz ułatwiają im podejmowanie decyzji biznesowych [Skipper, Kwon, 2007, s. 519].

1.4.6. Funkcja prewencyjna

Firmy ubezpieczeniowe na całym świecie prowadzą również działalność prewencyjną, która polega na zapobieganiu stratom oraz ich redukowaniu. Ich bogate zasoby statystyczne i szeroka wiedza na temat zdarzeń powodujących straty sprawiają, że posiadają one przewagę konkurencyjną nad innymi przedsiębiorstwami w zakresie oceny (szacowania) i kontroli ryzyka. Ubezpieczyciele podejmują liczne działania prewencyjne. Jak podkreśla T. Sangowski, działalność prewencyjna ubezpieczycieli przynosi wymierne korzyści nie tylko w wymiarze mikroekonomicznym. Z punktu widzenia gospodarki narodowej każda szkoda – niezależnie od tego, w jaki sposób zostanie skompensowana – powoduje ubytek bezwzględny, jest zatem stratą nieodwracalną [Sangowski, Gniadek, 1997, s. 3]. Dlatego społeczeństwo jako całość może czerpać szereg wymiernych korzyści z prewencji szkodowej ubezpieczycieli.

Ubezpieczyciele stosują dwojakiego rodzaju prewencję: materialną (bezpośrednią) i niematerialną (pośrednią) [Sangowski, Handschke, Mogilski, 1979,

s. 8 i nast.]. Integracja działalności ubezpieczeniowej z prewencyjną ma miejsce nie tylko w przypadku ubezpieczeń obowiązkowych. Zakłady ubezpieczeń przeznaczają część zysków na fundusze prewencyjne, z których finansują różnego rodzaju przedsięwzięcia gospodarcze o charakterze zapobiegawczym, takie jak: medyczne badania naukowe, ochrona przeciwpożarowa, bezpieczeństwo na drogach. Prowadzą także określone czynności, które zmierzają w kierunku zmniejszania szkód losowych, zmniejszania prawdopodobieństwa realizacji możliwych do przewidzenia różnych rodzajów ryzyka bądź też ograniczania ich skutków, których nie udało się uniknąć. W ramach prewencji ubezpieczyciele współpracują z policją, strażą pożarną oraz służbą zdrowia.

Prewencja niematerialna (techniczno-ubezpieczeniowa) realizowana jest głównie za pomocą norm prawnych i klauzul prewencyjnych zawartych w ogólnych warunkach ubezpieczeń, wprowadzających rozwiązania wpływające na zachowania ostrożnościowe ubezpieczonych. Oczywiście nie wszystkim szkodom można i nie wszystkim szkodom da się zapobiegać. Koszty prewencji szkodowej muszą być niższe niż łączne korzyści (bezpośrednie i pośrednie) z tego typu działań.

1.4.7. Sprzyjanie bardziej efektywnej alokacji kapitału

Ubezpieczyciele zbierają istotne informacje o podmiotach zarówno wtedy, gdy podejmują decyzje o ubezpieczeniu, jak i wtedy, gdy występują w roli pożyczkodawców i inwestorów i oceniają ryzyko projektów inwestycyjnych. Dzięki specjalistycznej wiedzy ubezpieczyciele mają przewagę nad osobami indywidualnymi i przedsiębiorstwami. Często potrafią lepiej od nich alokować kapitał finansowy w najbardziej atrakcyjne projekty i przedsięwzięcia biznesowe.

Ubezpieczyciele w sposób ciągły monitorują przedsiębiorstwa i projekty inwestycyjne, które finansują, wymuszając w nich działania w interesie wszystkich zainteresowanych stron. Innymi słowy, ubezpieczyciele i inni pośrednicy finansowi sprawiają, że dobrze zarządzane przedsiębiorstwa sprzyjają efektywnej alokacji kapitału finansowego i tym samym wzmacniają wzrost gospodarczy.

Słowa kluczowe

- Funkcje finansowe ubezpieczeń
- Ochrona ubezpieczeniowa
- Prewencja
- Ubezpieczenia gwarantowane przez Skarb Państwa
- Ubezpieczeniowe produkty komplementarne
- Ubezpieczeniowe produkty substytucyjne
- Ubezpieczeniowe produkty suplementarne

Pytania kontrolne

1. Na czym polega funkcja ochrony ubezpieczeniowej?
2. Na czym polega funkcja prewencyjna ubezpieczeń?
3. Na czym polegają funkcje finansowe ubezpieczeń?
4. W jaki sposób ubezpieczenia przyczyniają się do podnoszenia stabilności finansowej w gospodarce?
5. Na czym polega zastępowanie i uzupełnianie rządowych programów socjalnych przez ubezpieczenia gospodarcze (prywatne)?
6. W jaki sposób ubezpieczenia ułatwiają rozwój handlu i wymiany?
7. W jaki sposób ubezpieczyciele przyczyniają się do gromadzenia oszczędności?
8. W jaki sposób ubezpieczyciele przyczyniają się do bardziej efektywnego zarządzania ryzykiem?
9. W jaki sposób ubezpieczyciele przyczyniają się do pomniejszania strat losowych?
10. W jaki sposób ubezpieczyciele sprzyjają bardziej efektywnej alokacji kapitału?

1.5. Umowa i stosunek ubezpieczenia

I. Kwiecień

W podrozdziale zostaną przedstawione podstawowe zagadnienia związane z umową i stosunkiem ubezpieczenia, odnoszące się przede wszystkim do kwestii prawnych. Jakkolwiek w praktyce kontrakty ubezpieczeniowe różnią się znacząco z uwagi na specyfikę ryzyka obejmowanego ochroną (sprawy te omówione zostały w części poświęconej produktom), to każdy kontrakt ma pewne elementy i cechy wspólne, determinowany jest wymogami prawa. W tej części omówione zostaną zagadnienia ogólne, sposoby zawierania umów ubezpieczenia, struktura podmiotowa oraz przedmiotowa umowy i stosunku ubezpieczenia oraz zasady istotne dla funkcjonowania kontraktów w praktyce dotyczące wykonywania umowy.

1.5.1. Umowa a stosunek ubezpieczenia – zagadnienia podstawowe

Ubezpieczenie stanowi zarazem instrument ekonomiczny (finansowy), jak i stosunek zobowiązaniowy, mający swe źródło w umowie ubezpieczenia.

Nowoczesna organizacja ubezpieczeń wiąże się z zasadą ustanawiania ochrony ubezpieczeniowej jedynie na podstawie umowy ubezpieczenia zawieranej przez ubezpieczającego z zakładem ubezpieczeń. Należy jednak pamiętać o istnieniu ubezpieczeń powstających z mocy prawa (*ex lege*), gdy podmiot ryzyka znajdzie się w określonej sytuacji prawnej, przy czym dotyczy to niekiedy ubezpieczeń tzw.

gospodarczych[11], jak i, co do zasady, ubezpieczeń społecznych, w ramach zabezpieczenia społecznego organizowanego przez państwo (kwestie te omówione zostały w rozdz. 6).

Zasada umowności powoduje, że w analizie ubezpieczeń istotne jest nie tylko ujęcie ekonomiczne (finansowe), ale i ujęcie prawne, zwłaszcza że – z uwagi na szczególne znaczenie społeczno-gospodarcze ubezpieczeń i nierówność stron kontraktu – regulacje dotyczące umowy i stosunku ubezpieczenia, uwzględniając ogólne przepisy o zobowiązaniach znajdujące zastosowanie, są rozbudowane.

Umowa ubezpieczenia polega na zobowiązaniu strony zwanej ubezpieczycielem do spełnienia umówionego świadczenia na rzecz określonego podmiotu (ubezpieczony, uprawniony) w razie zaistnienia określonego wypadku, w zamian za zapłatę składki przez drugą stronę, tj. ubezpieczającego.

Świadczenie ubezpieczyciela może polegać na:

- Zapłacie odszkodowania lub innego świadczenia w pieniądzu, co stanowi podstawową formułę świadczenia, przy czym świadczenie to może mieć charakter okresowy (renta) lub jednorazowy; zapłata może mieć charakter *stricte* odszkodowawczy, kompensacyjny, gdy ubezpieczyciel pokrywa stratę – ma to miejsce zarówno w ubezpieczeniach majątkowych, w tym odpowiedzialności cywilnej, jak i (mimo że regulacja kodeksu cywilnego nie w pełni odpowiada tu praktyce) w ubezpieczeniach osobowych, w których ubezpieczyciel dokonuje zwrotu określonych kosztów; w tych sytuacjach świadczenie powinno odpowiadać wysokości straty, ta zaś jest wymierna w pieniądzu. Świadczenie nieodszkodowawcze polega na zapłacie umówionej sumy pieniężnej w ubezpieczeniach osobowych bądź zadośćuczynieniu za niewymierną w pieniądzu postać szkody o charakterze niemajątkowym, tj. krzywdę w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej.
- Dokonaniu lub zapewnieniu określonych usług – usługi te w praktyce przyjmują różną postać w poszczególnych produktach (np. techniczne, organizacyjne, medyczne w ubezpieczeniach *assistance*, doradcze, analityczne czy windykacji w ubezpieczeniach finansowych, czy też doradztwa, zarządzania roszczeniami, reprezentacji lub kaucji w ubezpieczeniach ochrony prawnej lub odpowiedzialności cywilnej). Usługi te mogą uzupełniać świadczenie pieniężne (klauzule dodatkowe w ubezpieczeniach osobowych jak i majątkowych) bądź być jedynym przedmiotem umowy (jak w ubezpieczeniach *assistance*).

Ujęcie prawne (pojęcie umowy ubezpieczenia) koresponduje z ujęciem ekonomicznym (instrument finansowy), w którym istotne są zależności między stronami (por. np. [Jajuga, Jajuga, 2007]). Zależności te mają w efekcie końcowym wymiar finansowy. Ubezpieczający płaci składkę, która stanowi cenę za instrument.

[11] Taka konstrukcja stosowana była także w Polsce przed rokiem 1991 w zakresie niektórych ubezpieczeń obowiązkowych – por. np. rozporządzenie Rady Ministrów z 1 grudnia 1961 r. w sprawie obowiązkowych ubezpieczeń następstw nieszczęśliwych wypadków i odpowiedzialności cywilnej z ruchu pojazdów mechanicznych, obowiązujące od 1 stycznia 1962 r. Procedura *ex lege* nie oznacza zazwyczaj absolutnego automatyzmu, konieczne było dopełnienie pewnych formalności – por. np.[Górski, 1962].

Ubezpieczyciel zobowiązuje się do spełnienia świadczenia, które w efekcie końcowym świadczy w pieniądzu także w przypadku świadczenia usług. Może to być wówczas finansowanie pośrednie poprzez pokrycie kosztów dostawy określonych usług, przy czym dostawa ta może być organizowana albo przez ubezpieczyciela lub jego podwykonawcę (outsourcing), albo przez ubezpieczonego.

Powołana definicja umowy, podobnie jak regulacja umowy w kodeksie cywilnym (k.c.), skupia uwagę na świadczeniu w razie zajścia określonego wypadku. W praktyce wypadek nie musi zaistnieć w okresie ubezpieczenia, choć jego zajście musi być możliwe – umowa o świadczenie niemożliwe jest bowiem nieważna (art. 806 § 1 k.c.). Nie oznacza to jednak, że zakład ubezpieczeń nie spełnia żadnego świadczenia, bowiem zawarcie umowy powoduje po jego stronie powstanie zobowiązania do „bycia w gotowości", co się przekłada na określone obowiązki w zakresie gospodarki finansowej (zwłaszcza tworzenia rezerw – por. uwagi w podrozdz. 3.3)[12]. Pojawić się tu może wątpliwość, w sytuacji gdy wypadek zaszedł, a ubezpieczyciel nie wypłacił świadczenia. Kwestia ta dotyczy jednak wykonania umowy w określonym zakresie i oceny podstaw braku zapłaty (świadczenie należne może być dochodzone).

Umowa ubezpieczenia w kodeksie cywilnym (art. 805)

§ 1. Przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę.
§ 2. Świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie:
1) przy ubezpieczeniu majątkowym – określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku;
2) przy ubezpieczeniu osobowym – umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej.

Umowa ubezpieczenia w kodeksie morskim (art. 292)

§ 1. Przez umowę ubezpieczenia morskiego ubezpieczyciel zobowiązuje się w zamian za składkę ubezpieczeniową wypłacić odszkodowanie za szkody poniesione wskutek niebezpieczeństw, na jakie przedmiot ubezpieczenia jest narażony w związku z żeglugą morską.
§ 2. Umową ubezpieczenia morskiego można objąć ponadto niebezpieczeństwa, na które w związku z przewozem morskim przedmiot ubezpieczenia jest narażony w przewozie lotniczym, na wodach śródlądowych lub na lądzie.
§ 3. Przepisy o ubezpieczeniu morskim stosuje się odpowiednio do ubezpieczenia statków znajdujących się w budowie.

[12] Kwestia ta jest przedmiotem dyskusji w literaturze, por. [Kowalewski, 2002, s. 43; Wąsiewicz, 1997, s. 92; Uruszczak, 1994, s. 295].

Umowa ubezpieczenia ma specyficzną charakterystykę – jako najistotniejsze należy wskazać następujące jej cechy [Kowalewski, 2002, s. 42–43]:

a) Regulacja ustawowa

Umowa ubezpieczenia należy do umów nazwanych, w polskim systemie regulowana jest w kodeksie cywilnym (TYTUŁ XXVII, art. 805–834), przy czym regulacji tej nie stosuje się do umów ubezpieczenia morskiego oraz reasekuracji. Umowa ubezpieczenia morskiego uregulowana jest w kodeksie morskim (art. 292–338), natomiast umowa reasekuracji, jako kontrakt między profesjonalistami, pozostawiona została, co do zasady, swobodzie stron i nie jest zaliczana do umów ubezpieczenia, nie wywołuje również bezpośredniego skutku prawnego dla stron umów ubezpieczeń bezpośrednich[13]. Regulacja kodeksowa nie może być zaliczona do kompleksowych, bowiem zastosowanie znajdują tu także przepisy zawarte w innych aktach, w tym zwłaszcza w ustawie o działalności ubezpieczeniowej (por. np. art. 13 odnoszący się do treści umowy ubezpieczenia na życie), ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych oraz w rozporządzeniach w sprawie poszczególnych ubezpieczeń obowiązkowych. Przepisy zawarte w kodeksie cywilnym mają charakter bezwzględnie wiążący (*ius cogens*), co oznacza, że postanowienia umowy (jak i ogólnych warunków ubezpieczenia) sprzeczne z takimi przepisami są nieważne, chyba że dalsze przepisy przewidują wyjątki. Wyjątki te wprowadzają przepisy, które znajdują zastosowanie w sytuacji, gdy strony danej kwestii nie ustaliły odmiennie (*ius dispositivum*), przy czym wśród nich znajdują się przepisy tzw. semidyspozytywne, które pozwalają na modyfikacje jedynie w określonym kierunku, korzystniejszym dla ubezpieczonego.

b) Konsensualność

Umowa dochodzi do skutku przez zgodne oświadczenie woli stron (*solo consensu*), które może nastąpić w różnych trybach (por. tryby zawarcia umowy). Polisa ubezpieczeniowa czy inny dokument stanowią jedynie potwierdzenie zawarcia umowy, choć oczywiście mają znaczenie dowodowe.

c) Adhezyjność

Umowa ubezpieczenia ma w praktyce w przeważającej mierze charakter adhezyjny, co polega na tym, że jedna strona (ubezpieczający) przystępuje do umowy przygotowanej, ukształtowanej przez drugą stronę (ubezpieczyciela). Wpływ ubezpieczającego na kształt kontraktu może być większy w przypadku umów niestandardowych, dotyczących mniej powszechnych rodzajów ryzyka, przy czym w praktyce najczęściej bazę do negocjacji stanowią ogólne warunki przygotowane przez ubezpieczyciela. Adhezyjność implikuje potrzebę ochrony strony przystępującej, zwłaszcza gdy

[13] W opracowaniu pominięte zostały szczegółowe kwestie dotyczące umów ubezpieczenia morskiego oraz umów reasekuracji. Zob. [Brodecki, 1979; Małek, 2011].

jest ona słabsza merytorycznie (ochrona ta realizowana jest m.in. przez przepisy dotyczące klauzul niedozwolonych, zasadę interpretacji na korzyść).

d) Odpłatność

Umowa jest odpłatna, bowiem ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Cechę tę podkreśla uzależnienie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej od zapłaty składki, a w przypadku zniesienia takiej zależności wprowadzenie sankcji za brak płatności w postaci uprawnienia dla ubezpieczyciela do wypowiedzenia umowy lub ustania odpowiedzialności w razie braku zapłaty składki, pod określonymi warunkami (por. art. 814 k.c.).

e) Wzajemność

Wzajemność umowy jest przedmiotem sporów, wynikających z faktu, że ubezpieczający płaci składkę bezwarunkowo, natomiast świadczenie zakładu ubezpieczeń jest uwarunkowane zajściem wypadku ubezpieczeniowego. Brak ekwiwalentności jest tu jednak pozorny, jeżeli zgodzimy się, że świadczeniem zakładu ubezpieczeń jest już samo ponoszenie ryzyka pokrycia określonych strat, co koresponduje z obowiązkiem zapłaty składki za okres ponoszenia odpowiedzialności przez ubezpieczyciela (art. 813 § 1 k.c.)[14]. Umowa bez wątpienia jest natomiast wzajemnie zobowiązująca – obie strony są wobec siebie wzajemnie wierzycielami i dłużnikami (w zakresie świadczeń).

f) Dobra wiara stron (*uberrima fides, utmost good faith*)

Umowa ubezpieczenia określana jest jako kontrakt zaufania – strony polegają na swoich oświadczeniach, zatem powinny wzajemnie składać prawdziwe deklaracje. Zasada ta jest istotna zwłaszcza przy zawarciu umowy, tu głównie dotyczy to deklaracji ubezpieczającego istotnych dla oceny ryzyka, choć jej twórca (por. dalej) wskazywał, że także ubezpieczyciel ma obowiązek ujawniania znanych faktów. Zasada ma też znaczenie przy wykonywaniu umowy, gdzie także rozszerzana jest na ubezpieczyciela, który nie powinien stosować „nieuczciwych praktyk" w celu uniknięcia odpowiedzialności [Kowalewski, 2002, s. 42]. Strony nie powinny ukrywać informacji ani wykorzystywać braku świadomości drugiej strony co do określonych faktów (tak podnosił już w XVIII wieku słynny angielski adwokat, twórca zasady *utmost good faith*, Lord Mansfield, w często cytowanej sprawie Carter przeciwko Boehm, wskazując, że „ubezpieczenie to kontrakt spekulacji")[15].

[14] Kwesta ta jest także istotna do uznania, czy umowa ubezpieczenia jest umową tzw. losową, tzn. czy jej wykonanie zależy od zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego, zdarzenia o charakterze losowym, por. np. [Orlicki, 2006, s.159].

[15] Carter był gubernatorem Fortu Marlborough, który został zbudowany przez British East India Company na wyspie Sumatra. Ubezpieczył on u Boehma fort przed atakiem wroga. Świadek zeznał w sprawie, że Carter wiedział, iż fort został zbudowany tak, aby oprzeć się atakom tubylców, ale nie Europejczyków, mimo że istniało prawdopodobieństwo ataku Francuzów.

Jako że w praktyce istnieje pokusa zaniedbania w kwestii dobrej wiary, ustawodawca wprowadza w tej materii określone obowiązki i sankcje (por. np. art. 815 k.c., art. 8a ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, jak i zasadę interpretacji na korzyść, powołaną dalej).

g) Kwalifikowany charakter

Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta jedynie z ubezpieczycielem w ramach prowadzonego przedsiębiorstwa. Jednocześnie w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej zawieranie umów zalicza się do czynności ubezpieczeniowych, które składają się na działalność ubezpieczeniową (art. 3 ust. 3 pkt 1 ustawy), która może być wykonywana jedynie za zezwoleniem organu nadzoru, przez określone podmioty, tj. zakłady ubezpieczeń (art. 6 ust. 1 i 2 ustawy).

h) Kauzalność

Kauzalność umowy ubezpieczenia oznacza, że dla jej powstania i trwania konieczne jest istnienie przyczyny – umowa jest nieważna, jeśli przedmiot ubezpieczenia nie istnieje, umowa wygasa, gdy przyczyna odpadła.

Zawarcie umowy ubezpieczenia prowadzi do powstania stosunku prawnego ubezpieczenia. Jest to kategoria szersza niż umowa ubezpieczenia, która – jak wspomniano – stanowi kategorię szerszą niż dokument ubezpieczenia (powszechnie – polisa).

Stosunek ubezpieczenia > Umowa ubezpieczenia > Dokument ubezpieczenia

Stosunek ubezpieczenia obejmuje, po pierwsze, więcej podmiotów niż strony umowy. Po drugie, jego treść jest wyznaczana nie tylko przez postanowienia umowne.

W stosunku ubezpieczenia występują następujące podmioty:

- **Ubezpieczyciel** oraz **ubezpieczający** – strony zawierające umowę

Ubezpieczającym może być każdy podmiot prawa cywilnego posiadający zdolność do czynności prawnych. Ubezpieczycielem jest podmiot kwalifikowany, tj. zakład ubezpieczeń. Po obu stronach możemy mieć do czynienia z wielością podmiotów. Po stronie ubezpieczającego dzieje się tak w przypadku ubezpieczenia zbiorowego, w którym ochroną obejmowane są dobra osobiste lub majątkowe większej liczby podmiotów – choć w praktyce często ubezpieczającym jest jeden podmiot, a pozostałe są ubezpieczonymi (por. dalej). Po stronie ubezpieczyciela wielość podmiotów występuje w przypadku koasekuracji, gdy na podstawie umowy ubezpieczenia co najmniej dwa zakłady ubezpieczeń, działając w porozumieniu, zobowiązują się do spełnienia określonego świadczenia w przypadku zajścia przewidzianego w umowie zdarzenia losowego. Podobnie tu możemy mieć do czynienia z sytuacją, gdy *de facto* umowa zawierana jest przez wszystkich koasekuratorów (koasekuracja zewnętrzna) lub z tzw. koasekuratorem wiodącym, który

reprezentuje pozostałych (koasekuracja wewnętrzna), przy czym ponoszą oni odpowiedzialność bezpośrednio wobec ubezpieczonego, inaczej niż w przypadku umowy koasekuracji tzw. cichej (która w istocie nie musi być ubezpieczonemu wiadoma i bliska jest reasekuracji).

Ubezpieczony

Ubezpieczony to podmiot (posiadacz) ryzyka ubezpieczeniowego, jego dobra osobiste lub interes majątkowy są objęte ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczonym może być sam ubezpieczający, ale też osoba trzecia – obok ubezpieczającego lub wyłącznie. Objęcie ochroną innej osoby niż ubezpieczonego dokonuje się w przypadku:

- zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek (art. 808 k.c.), kiedy to ubezpieczający ubezpiecza cudzy interes majątkowy (np. ubezpieczenie cudzego domu, ubezpieczenie mienia w transporcie) lub cudze dobra osobiste, np. życie, przy czym w przypadku ubezpieczenia cudzego życia wymagana jest zgoda ubezpieczonego, obejmująca także sumę ubezpieczenia;
- wprowadzenia rozszerzonej ochrony w postanowieniach ogólnych warunków ubezpieczenia lub w przepisach prawa, co ma miejsce z reguły w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej zarówno obowiązkowych, jak i dobrowolnych.

Ubezpieczony może zatem być oznaczony imiennie lub bezimiennie (por. np. obowiązkowe ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, ubezpieczenie NNW tzw. bezimienne).

Podmiotów ubezpieczonych w ramach jednej umowy ubezpieczenia może także być więcej (ubezpieczenia zbiorowe, co do podmiotu, w tym grupowe).

Zmiana ubezpieczonego może także nastąpić przez wstąpienie w prawa i obowiązki dotychczasowego ubezpieczonego w przypadku zbycia przedmiotu ubezpieczenia, co może nastąpić pod warunkiem uzyskania zgody ubezpieczyciela (por. art. 823 k.c.).

Uprawnienia ubezpieczonego precyzuje art. 808 k.c. i, co istotne, ma on prawo żądać świadczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela, chyba że strony uzgodniły inaczej, ma także prawo żądać informacji o zawartej umowie.

Uposażony

Uposażony to osoba uprawniona do otrzymania sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego w ubezpieczeniach osobowych. Zwana jest także beneficjentem. Uposażony wskazywany jest przez ubezpieczającego – może to być jedna osoba lub więcej (wówczas można także oznaczyć ich udziały jako nierówne). Może też pozostać nieoznaczony (umowa na okaziciela). Ubezpieczający może każde z tych zastrzeżeń zmienić lub odwołać w każdym czasie. W przypadku umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek ubezpieczający potrzebuje uprzedniej zgody ubezpieczonego, umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą także przewidywać, że ubezpieczony może samodzielnie wskazywać beneficjentów.

Poszkodowany

Poszkodowanym określa się podmiot uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem, za które odpowiedzialność ponosi ubezpieczający lub ubezpieczony, a gwarancyjnie ubezpieczyciel z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Poszkodowany jest osobą trzecią w stosunku do ubezpieczonego[16]. W sporach o zaliczenie poszkodowanego do uczestników stosunku ubezpieczenia jako argument „za" podaje się bezpośrednie roszczenie poszkodowanego do zakładu ubezpieczeń (*actio directa*) (por. art. 822 § 4 k.c.)[17].

Pewne uprawnienia wynikające ze stosunku ubezpieczenia mogą mieć także inne podmioty, jak np. cesjonariusz w przypadku cesji praw z umowy ubezpieczenia czy wierzyciel hipoteczny [Kowalewski, 2006, s. 192].

Drugim wyrazem szerszego zakresu pojęcia **stosunku ubezpieczenia** jest fakt, że jego treść (czyli sytuacja uczestników) wyznaczana jest nie tylko przez postanowienia umowne. Przy czym samo określenie „postanowienia umowne" jest już trudne do wyodrębnienia z uwagi na fakt, że umowa ubezpieczenia nie jest w praktyce jedynym dokumentem, jak przy wielu innych kontraktach, a nawet nie musi mieć dla swej ważności formy pisemnej (choć w praktyce ma).

W zakres postanowień umownych powinny wchodzić kwestie objęte konsensusem stron ją zawierających.

W praktyce wola stron co do określonych elementów kontraktu zawarta jest w różnych dokumentach, wśród których powszechnie znajdują się:

a) Wniosek ubezpieczeniowy

Wniosek stanowi deklarację ubezpieczającego co do oczekiwanego (wnioskowanego) zakresu ochrony oraz charakterystyki ryzyka. Stanowi zatem istotne z punktu widzenia ubezpieczyciela źródło informacji o podmiocie i przedmiocie ubezpieczenia. W praktyce wniosek jest podstawowym dokumentem w trybie ofertowym zawarcia umowy (por. dalej) i najczęściej składany jest na formularzu przygotowanym przez zakład ubezpieczeń. Formularz dedykowany jest konkretnym produktom, stanowi w istocie element underwritingu. Ubezpieczający, a także jego przedstawiciel, powinien udzielać odpowiedzi na pytania zawarte we wniosku zgodnie z zasadami dobrej wiary (por. art. 815 k.c.). Z punktu widzenia ustalenia treści stosunku ubezpieczenia ważne jest, że we wniosku zazwyczaj znajdują się informacje niezawarte w polisie, jak i, co do zasady, w ogólnych warunkach ubezpieczenia, które nie mają charakteru indywidualnego.

[16] Choć może to być w przypadku umowy zbiorowej OC z klauzulą tzw. OC wzajemnej także inny ubezpieczony w ramach tej samej umowy; szczegółowo na ten temat np. [Mogilski, Serwach, 2011].

[17] Szczegółowa analiza pozycji poszkodowanego w [Raczyński, 2010].

b) Pisma w toku

W odpowiedzi na wniosek lub w toku negocjacji strony składać mogą różne deklaracje, które nie zawsze zostaną ostatecznie powołane wyraźnie w dokumencie ubezpieczenia. W razie wątpliwości mogą one stanowić dowód intencji stron.

c) Ogólne warunki ubezpieczenia

Ogólne warunki ubezpieczenia (OWU) to tzw. wzorzec umowny, standardowa regulacja tworzona dla ubezpieczenia danego rodzaju ze względu na masowy charakter umów ubezpieczenia. Stanowią bazę do umowy ubezpieczenia (wg niektórych – integralny element umowy ubezpieczenia[18]). Określone są w nich szczegółowo wszystkie istotne kwestie dotyczące zakresu ochrony, praw i obowiązków stron, takie, które nie mają cech indywidualnych. Ustawodawca wprowadza minimalny zakres treści OWU (por. art. 12a ustawy o działalności ubezpieczeniowej). OWU tworzone są przez zakład ubezpieczeń, przy czym nie mogą być sprzeczne z przepisami kodeksu cywilnego (*ius cogens*), gdyż wówczas są z mocy prawa nieważne (por. art. 807 § 1 k.c.), ale mogą być przez strony modyfikowane w drodze negocjacji. W razie wątpliwości przepisy umowy mają prymat nad postanowieniami OWU, a poszczególne postanowienia mogą być uznane za niewiążące, także jako abuzywne (znajduje tu zastosowanie regulacja dotycząca wzorców umownych z art. 384 do 385^3 k.c.). Zarówno ogólne warunki, jak i umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i zrozumiale, pod sankcją interpretacji na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego (art. 12 ust. 3 i ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej).

d) Polisa i załączniki

Polisa to dokument będący potwierdzeniem zawarcia umowy ubezpieczenia, zawierający zazwyczaj podstawowe informacje dotyczące indywidualnych warunków, jak okres ochrony, składka, dodatkowe klauzule. W przypadku modyfikacji ogólnych warunków ubezpieczenia zapisy szczególne umieszczane są zazwyczaj w polisie lub w załącznikach do niej.

Ostateczna treść stosunku, jak wskazano, kształtowana jest także przez **przepisy prawa** dotyczące umowy ubezpieczenia i umowy w ogólności (kodeks cywilny i kodeks morski)[19], przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, przepisy ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, w tym regulujące kwestie ogólne, ale i szczegółowe, dotyczące zakresu ubezpieczeń obowiązkowych odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz rolników – ubezpieczenia budynków w gospodarstwie rolnym, przepisy rozporządzeń regulujących szczegółowy zakres poszczególnych ubezpieczeń obowiązkowych.

[18] Por. teoria wewnętrzna i teoria zewnętrzna (regulaminowa) [Kowalewski, 2006, s. 103]. Tam też szczegółowa analiza ogólnych warunków ubezpieczenia.

[19] Przy czym mogą one znajdować zastosowanie bezwzględnie lub względnie.

1.5.2. Zawarcie umowy i wygaśnięcie stosunku ubezpieczenia

Kontrakt ubezpieczenia ma charakter konsensualny, co oznacza, że dochodzi do skutku w wyniku zgodnego oświadczenia woli obu stron (konsensusu), przy czym strony mogą działać przez pełnomocników, w tym pośredników ubezpieczeniowych (agent, broker). Uzgodnienie woli może nastąpić w kilku trybach (art. 66 i nast. k.c.):

a) tryb ofertowy,
b) negocjacje,
c) przetarg.

Ad a) Podstawowy i najpowszechniej stosowany dla zawarcia umowy ubezpieczenia jest **tryb ofertowy – prosty** lub **złożony**. W trybie ofertowym prostym ubezpieczający składa ofertę, najczęściej na standardowym formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela (wniosek ubezpieczeniowy, por. uwagi wcześniejsze). Odpowiedzi powinny być udzielone zgodnie z prawdą, w przeciwnym razie ubezpieczony może się spodziewać negatywnych konsekwencji. Jeżeli zakład zawarł umowę bez uzyskania pewnych odpowiedzi, uznaje się, że okoliczności te nie były dla niego istotne. We wniosku może następować także wybór określonych opcji w zakresie ochrony dopuszczanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia w postaci wariantów czy klauzul dodatkowych. Zawarcie umowy ubezpieczenia następuje z chwilą doręczenia dokumentu ubezpieczenia, którym może być polisa (zazwyczaj), ale także legitymacja, tymczasowe zaświadczenie i inne. W przypadku ubezpieczeń obowiązkowych w braku odpowiedzi w terminie 14 dni od złożenia wniosku, uznaje się, że umowa została zawarta z dniem piętnastym (ponieważ obowiązek zawarcia umowy ciąży tu także na ubezpieczycielu, jeżeli zawiera takie umowy ubezpieczenia w ramach prowadzonej działalności – por. art. 5 i 5a ustawy z 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych).

W trybie ofertowym prostym przyjmuje się, że zakład udziela ochrony zgodnie treścią złożonego wniosku, chyba że wprowadzone przez zakład do umowy zmiany są korzystne dla ubezpieczającego (*a contrario* art. 811 k.c.)[20]. Różnicę między treścią umowy a ogólnymi warunkami ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązany jest przedstawić ubezpieczającemu w formie pisemnej przed zawarciem umowy. W razie niedopełnienia tego obowiązku ubezpieczyciel nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla ubezpieczającego (art. 812 § 8 k.c.).

Jeżeli zakład chce zaproponować ubezpieczającemu zawarcie umowy na warunkach odbiegających, na niekorzyść, od treści wniosku, musi przedstawić ubezpieczającemu **kontrofertę** (tryb ofertowy złożony). Na niekorzystne postanowienia ma obowiązek zwrócić uwagę ubezpieczającemu na piśmie, doręczając dokument ubezpieczenia, i wyznaczyć co najmniej 7-dniowy termin na sprzeciw.

[20] Wydaje się, że przepis art. 811 k.c. należy traktować jako szczególny w stosunku do art. 68 k.c., a co za tym idzie, znajduje tu zastosowanie zasada *lex specialis derogat legi generali*.

Niedopełnienie tego obowiązku spowoduje zawarcie umowy przy uznaniu niekorzystnych postanowień za nieskuteczne. Sprzeciw ubezpieczającego musi być wyraźny, bowiem milczenie będzie poczytane za zgodę i umowa zostanie uznana za zawartą z dniem następnym po upływie terminu do złożenia sprzeciwu (art. 811 § 2 k.c.).

Ad b) Umowa ubezpieczenia może także zostać zawarta w drodze **negocjacji**. Strony stopniowo uzgadniają treść kontraktu, a zawarcie umowy następuje, gdy dojdą do porozumienia co do wszystkich postanowień umownych, które były przedmiotem negocjacji (art. 72 k.c.). W praktyce taki tryb stosowany jest w przypadku specyficznego profilu ryzyka, dla którego konieczne są albo modyfikacje standardowych ogólnych warunków, albo wręcz konstruowanie zakresu od początku, na miarę potrzeb (*tailor-made*). W trybie negocjacji zawierane są najczęściej umowy z udziałem brokerów, którzy stosują zwyczajowe procedury, składając zapytanie ofertowe (tzw. slip ofertowy) precyzujące oczekiwania. Stanowi ono punkt wyjścia do dalszych negocjacji na bazie złożonych ofert i przygotowania przez brokera dla ubezpieczającego rekomendacji najlepszej oferty, jaka została wynegocjowana. Co istotne, w przypadku negocjacji ubezpieczyciel nie ma obowiązku przedstawiania różnic między umową a ogólnymi warunkami.

Ad c) Możliwe jest także zawieranie umów ubezpieczenia w drodze **przetargu** – jednak ze względu na złożoność umowy ubezpieczenia w praktyce znajdzie tu zastosowanie jedynie forma przetargu pisemnego. W tym trybie strona poszukująca ochrony ubezpieczeniowej ogłasza przetarg, czyli zaprasza do składania ofert, precyzując przy tym co najmniej czas, miejsce, przedmiot i warunki przetargu lub sposób ich udostępnienia (art. 70^1 § 2 k.c.). W praktyce ogłaszający przetarg precyzuje oczekiwania co do zakresu ochrony ubezpieczeniowej, uwzględniając także proces likwidacji szkód, przy czym często poprzestaje na sprecyzowaniu jedynie elementów istotnych z jego punktu widzenia, zakładając, że w pozostałych kwestiach znajdą zastosowanie standardowe ogólne warunki. W warunkach przetargu (tzw. specyfikacji istotnych warunków zamówienia – SIWZ) ustalane są także kryteria oceny ofert. Oferty składane są przez ubezpieczycieli, a ubezpieczający wybiera najkorzystniejszą bądź zamyka przetarg bez wybrania którejkolwiek. O swojej decyzji musi powiadomić niezwłocznie oferentów w takiej samej formie, w jakiej ogłaszał przetarg. Umowa dochodzi do skutku z chwilą otrzymania przez wybrany zakład ubezpieczeń oświadczenia o przyjęciu oferty.

Zawarcie umowy ubezpieczenia zakład powinien potwierdzić polisą, legitymacją ubezpieczeniową, tymczasowym zaświadczeniem lub innym dokumentem ubezpieczenia (art. 809 § 1 k.c.), jednakże nie przesądza to o ważności umowy, a ma jedynie znaczenie dowodowe. W razie wątpliwości co do chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, przyjmuje się, że nastąpiło to z chwilą doręczenia dokumentu ubezpieczenia, jednak strony mogą się umówić, że nastąpiło to np. wcześniej (wyrok S.A. w Łodzi z dnia 14.03.1996 r., sygn. I ACr 62/96, publ. OSA 97/1/4). W praktyce

stosuje się także tzw. noty pokrycia, potwierdzające zawarcie umowy, zwłaszcza w trybie negocjacji, do czasu wystawienia właściwej polisy. Kwestie te będą niekiedy istotne do ustalenia początku odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

Umowa ubezpieczenia jest zazwyczaj kontraktem terminowym, chociaż może być zawarta na czas nieoznaczony (zwłaszcza w ubezpieczeniach życiowych). **Wygaśnięcie stosunku ubezpieczenia** może nastąpić wskutek różnych, wymienionych poniżej, zdarzeń:

- Upływ czasu, na jaki została zawarta umowa – termin końcowy może być określony datą, upływem czasu od zawarcia umowy, zdarzeniem rozwiązującym (koniec podróży) – możliwe jest jednak stosowanie wspomnianych klauzul prolongacyjnych.
- Rozwiązanie umowy przez strony.
- Odstąpienie od umowy przez ubezpieczającego – kodeks cywilny (art. 812 § 4) przyznaje takie uprawnienie w odniesieniu do umów zawieranych na okres dłuższy niż 6 miesięcy. Ubezpieczający może je zrealizować w ciągu 30 dni od zawarcia umowy (lub poinformowania o tym prawie), a gdy jest przedsiębiorcą w ciągu 7 dni. Za okres, w którym zakład udzielał ochrony ubezpieczeniowej, należy się składka. Dłuższy termin 60 dni dotyczy umów ubezpieczenia na życie z elementami inwestycyjnymi lub udziałem w zyskach (art. 26 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z 2015 r.).
- Wypowiedzenie ze skutkiem natychmiastowym – ubezpieczyciel ma do tego prawo w razie zwłoki w zapłacie składki jednorazowej lub pierwszej raty składki, podczas gdy ochrona rozpoczęła się przed zapłatą składki (art. 814 § 2 k.c.), a każda ze stron – w razie ujawnienia okoliczności pociągającej istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku i żądania zmiany wysokości składki przez drugą stronę (art. 816 k.c., z wyjątkiem ubezpieczeń na życie).
- Odpadnięcie przyczyny umowy (interesu), np. całkowite zniszczenie ubezpieczonego przedmiotu (jednak nie wskutek zdarzenia objętego ubezpieczeniem) lub gdy zdarzenie (wypadek ubezpieczeniowy) stało się niemożliwe; także, co do zasady, w razie zbycia przedmiotu ubezpieczenia w ubezpieczeniach majątkowych (z możliwością przeniesienia praw w ubezpieczeniach dobrowolnych lub przeniesieniem *ex lege* w niektórych ubezpieczeniach obowiązkowych).
- Nastąpienie wypadku ubezpieczeniowego i wypłata odszkodowania – okoliczności te mogą powodować wygaśnięcie stosunku ubezpieczenia (szkoda całkowita w ubezpieczeniu majątkowym czy śmierć w ubezpieczeniu na życie).
- Utrata praw z ubezpieczenia – wskutek okoliczności przewidzianych prawem (np. zawinione niedopełnienie obowiązków informacji o ryzyku, por. art. 815 § 3 k.c., niepodjęcie działań prewencyjnych w ubezpieczeniach majątkowych, art. 826 § 3 k.c.) bądź innych wynikających z umowy lub OWU, np. niezapłacenia raty w umówionym terminie (warunki określa art. 814 § 3 k.c.).

▸ Wypowiedzenie umowy – termin wypowiedzenia określa umowa lub OWU. Kodeks wprowadza zastrzeżenie, że jeżeli umowa zawarta jest na czas określony, ubezpieczyciel może ją wypowiedzieć jedynie w przypadkach wskazanych w ustawie, a także z ważnych powodów określonych w umowie lub w ogólnych warunkach ubezpieczenia, a umowę ubezpieczenia na życie jedynie w przypadkach wskazanych w ustawie. Przy ubezpieczeniu osobowym ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie z zachowaniem terminu z umowy lub OWU, a w razie jego braku – ze skutkiem natychmiastowym. Za wypowiedzenie w ubezpieczeniach osobowych uważa się, w braku odmiennego zastrzeżenia, brak zapłaty składki lub raty, mimo uprzedniego wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie (por. art. 830 k.c.).

Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia nie jest jednoznaczne z ustaniem wszystkich praw i obowiązków stron. Zakreślenie czasu trwania ochrony ubezpieczeniowej oznacza, że zakład będzie zobowiązany do świadczenia jedynie wtedy, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpi w tym okresie (w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej możliwe jest ustalenie, że odpowiedzialność warunkuje powstanie lub ujawnienie szkody bądź zgłoszenie roszczenia[21]). W wielu produktach jednak realizacja obowiązków i uprawnień następuje jeszcze długo po okresie, na jaki zawarta została umowa, dzieje się tak np. gdy roszczenie zostanie zgłoszone później, gdy szkoda ma charakter ciągły lub ujawnia się później, albo np. świadczenie zakładu ubezpieczeń zostanie ustalone w formie renty (nawet dożywotniej). Pomimo ustania ochrony ubezpieczeniowej efekty jej istnienia mogą łączyć przez długi okres zakład ubezpieczeń z ubezpieczonym, uprawnionym czy poszkodowanym.

W zakresie terminów i konsekwencji umowy ubezpieczenia istotna jest jeszcze instytucja **przedawnienia roszczeń**. W wyniku przedawnienia uprawnienie (np. do żądania świadczenia, odsetek, zwrotu wypłaconego świadczenia) nie wygasa, jednakże staje się niezaskarżalne [Łętowska, 1994]. Zatem zaspokojenie roszczenia będzie traktowane jako należne, ale odmowa pozbawiona będzie sankcji przymusu państwowego (sądu).

Do roszczeń z umowy ubezpieczenia zasadniczo stosuje się trzyletni okres przedawnienia (art. 819 § 1 k.c.). W odniesieniu do roszczenia poszkodowanego z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wprowadzony został wyjątek. Przepis art. 819 § 3 k.c. odsyła mianowicie do terminów przedawnienia określonych w przepisach o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym (por. art. 422^1 k.c.), które sięgają lat dwudziestu, przy czym pamiętać należy, że bieg przedawnienia przerwany – biegnie na nowo, co także sprzyja wydłużeniu okresu realizacji praw i obowiązków w stosunku ubezpieczenia.

[21] Por. art. 822 § 2 i § 3 k.c., kwestie ustalenia tzw. triggerów, regulujących czasowe odniesienie odpowiedzialności w ubezpieczeniach OC – m.in. [Krajewski, 2011; Serwach, 2011].

1.5.3. Elementy umowy ubezpieczenia

Istotne elementy umowy ubezpieczenia, które powinny być przez strony uzgodnione bądź co najmniej świadomie przeanalizowane przez ubezpieczającego w ogólnych warunkach ubezpieczenia, to te, które odpowiadają na pytania:

- Co lub kto jest objęty ochroną (jakie i czyje dobra) i gdzie (lokalizacja, zakres terytorialny)?
- Od czego – jakie zdarzenia, w jakich okolicznościach i powodujące jakie konsekwencje uprawniają do świadczenia (a z drugiej strony, zobowiązują do tego świadczenia ubezpieczyciela)?
- W jakim zakresie – jaka jest kwota lub postać świadczenia, jak jest ustalana?
- Za jaką cenę?
- Jakie są dodatkowe prawa i obowiązki ważne dla realizacji umowy?

W odpowiedzi na te pytania można wskazać jako ważne następujące elementy umowy o charakterze uniwersalnym (szczegółowa bowiem ich analiza wymaga uwzględnienia specyfiki przedmiotu ubezpieczenia – por. uwagi w rozdz. 5):

a) Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiot, w stosunku do którego może się zrealizować wypadek ubezpieczeniowy – mogą to być dobra osobiste w ubezpieczeniach osobowych (w szczególności życie, dożycie, uszkodzenia ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku, por. art. 829 k.c.) oraz każdy interes majątkowy niesprzeczny z prawem i dający się ocenić w pieniądzu w ubezpieczeniach majątkowych (art. 821 k.c.). Możliwe jest przy tym objęcie jedną umową ubezpieczenia (ubezpieczenia zbiorowe) większej ilości przedmiotów (np. floty pojazdów). Przedmiot ubezpieczenia powinien być w umowie oznaczony w sposób umożliwiający jego identyfikację; samo zaś jego istnienie jest konieczne do powstania i trwania stosunku ubezpieczenia.

b) Wypadek ubezpieczeniowy

Wypadek ubezpieczeniowy jest zdarzeniem powodującym przemianę ekspektatywy prawa do świadczenia, którą miał ubezpieczający od chwili powstania stosunku ubezpieczenia, w rzeczywiste prawo do tego świadczenia [Warkałło, Marek, Mogilski, 1983]. O tym, jakie zdarzenie losowe należy uznać za wypadek ubezpieczeniowy w danym ubezpieczeniu, decyduje umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia, przy czym praktyka jest tu nieprecyzyjna, bowiem wypadek definiuje się niekiedy jako **zdarzenie** (np. huragan, zawał), a niekiedy jako **konsekwencje tych zdarzeń** (np. zniszczenie, uszkodzenie mienia, śmierć, trwały uszczerbek na zdrowiu), co w istocie odnosi się do pojęcia szkody. Ustalenie, co jest wypadkiem ubezpieczeniowym w rozumieniu danej umowy, jest istotne w kontekście odniesienia do zasady, iż ubezpieczyciel odpowiada za wypadki powstałe w okresie ochrony ubezpieczeniowej.

Jeśli chodzi o **zdarzenia** obejmowane ochroną, mogą być wymieniane definiowane w umowie (konstrukcja oparta na tzw. ryzyku nazwanym) lub nie (konstrukcja *All risks*), ale, co do zasady, powinny być:

- możliwe – umowa ubezpieczenia jest nieważna, jeżeli dany wypadek jest niemożliwy (art. 806 § 1 k.c.),
- przyszłe – objęcie ochroną okresu przed zawarciem umowy będzie bezskuteczne, jeśli w chwili zawarcia umowy którakolwiek ze stron wiedziała lub przy zachowaniu należytej staranności mogła się dowiedzieć, że wypadek zaszedł lub odpadła możliwość jego zajścia (art. 806 § 2 k.c.),
- niepewne, ale możliwe – niepewność dotyczy samego faktu nastąpienia zdarzenia bądź daty jego nastąpienia (np. w odniesieniu do zdarzenia śmierci), natomiast wymóg możliwości nastąpienia zdarzenia powinien być postrzegany w sensie obiektywnym,
- sporadyczne i nagłe – czyli nadzwyczajne, występujące losowo i w zasadzie niezależne od woli człowieka i nagłe, chociaż także i tu pojawiają się w różnych produktach wyjątki.

W umowie istotne jest także określenie wypadków, za które zakład nie ponosi odpowiedzialności.

W odniesieniu do **szkody** definicja przyjęta w umowie będzie miała ogromny wpływ na ustalenie zakresu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń (zwłaszcza w ubezpieczeniach majątkowych, gdzie świadczenie ma charakter odszkodowawczy). Istotne jest określenie, czy przedmiotem ubezpieczenia są szkody bezpośrednie, czy także pośrednie, rzeczywiste czy utracone korzyści, na mieniu czy na osobie, czy tylko o charakterze majątkowym, czy także niemajątkowe (zadośćuczynienie w ubezpieczeniu OC[22])[23]. Sprecyzowaniu podlegać powinny także zasady ustalania rozmiaru szkody.

c) Wyłączenia

Obejmują ustalenia, jakie postaci szkody, zdarzenia lub okoliczności ich dotyczące, w tym także dotyczące ubezpieczonego, powodują, że ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu umowy. W umowie powinny być jasno sprecyzowane, ich katalog, narzucany przez ubezpieczycieli w ogólnych warunkach, jest zwyczajowo rozbudowany. Niektóre z wprowadzanych wyłączeń mają charakter względny – możliwe jest ich zniesienie, które może być dopuszczalne standardowo, zazwyczaj za zapłatą dodatkowej składki (formułowane w OWU jako „*o ile strony nie umówiły się inaczej, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za* ...”), bądź wyjątkowo

[22] Jakkolwiek kompensacji podlega tu krzywda, czyli szkoda o charakterze niemajątkowym doznana przez poszkodowanego, to należy pamiętać, że z punktu widzenia ubezpieczonego przedmiotem ochrony jest szkoda majątkowa w postaci zobowiązania do kompensacji, co determinuje spełnienie zasady, że ubezpieczeniu podlega interes możliwy do określenia w pieniądzu.

[23] Szczegółowo o postaciach szkody m.in.[Radwański, Olejniczak, 2008, s. 92; Dybowski, 1981, s. 217 i nast.].

w drodze negocjacji i zmiany postanowień ogólnych warunków. Kodeks cywilny wprowadza także zasady wyłączenia odpowiedzialności w sytuacji, gdy szkoda została wyrządzona umyślnie (art. 827 i 833) lub wskutek rażącego niedbalstwa ubezpieczonego, lub osoby pozostającej z nim we wspólnym gospodarstwie domowym (art. 827). Z uwagi na dopuszczalne odmienne uregulowania umowne konieczne jest także ustalenie tych kwestii w umowie. Te i inne wyłączenia kodeksowe prezentuje tabela 1.10.

d) Suma ubezpieczenia lub suma gwarancyjna

To kwota, która istotnie determinuje wysokość świadczenia; stanowi zazwyczaj górną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. W ubezpieczeniach osobowych podlega podziałowi pomiędzy ubezpieczonych. Istnieje wiele odrębności w ubezpieczeniach majątkowych i osobowych, w których inne są zasady ustalania i funkcjonowania sumy ubezpieczenia – niektóre omówione zostały w części poświęconej produktom ubezpieczeniowym, jednak należy zaznaczyć, że dla zakresu ochrony znaczenie ma zarówno wysokość, jak i sposób (podstawa) ustalenia oraz ewentualne dodatkowe ograniczenia w postaci limitów, sublimitów, które odnoszone mogą być do zdarzeń, postaci szkody czy klauzul.

e) Świadczenie ubezpieczeniowe

Świadczenie zakładu ubezpieczeń – w razie nastąpienia określonego wypadku ubezpieczeniowego będzie stanowić odpowiednie odszkodowanie w ubezpieczeniach majątkowych bądź umówione świadczenie w ubezpieczeniach osobowych. Świadczenie zazwyczaj spełniane jest przez zakład w pieniądzu, choć możliwe jest, jak wskazano wcześniej, w innej formie. W umowie określa się także zasady ustalania świadczenia, zastosowanie potrąceń (np. franszyza czy udział własny). Ustawodawca wprowadza szereg szczegółowych wymagań dotyczących określenia świadczeń w ubezpieczeniach na życie, w tym nakazując umieszczenie w umowach definicji świadczeń czy sposobów ich kalkulacji (por. art. 20 oraz 16 i 17 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasukarycyjnej z 2015 r. oraz szczegółowe informacje w rozdziale dot. ubezpieczeń na życie).

Termin zapłaty świadczenia ustalony jest w kodeksie cywilnym jako tzw. semidyspozytywny – strony mogą ustalić zasady korzystniejsze. Termin kodeksowy przewiduje, że świadczenie powinno być spełnione w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o wypadku, co najmniej w kwocie bezspornej, w całości zaś w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności możliwe było ustalenie odpowiedzialności i wysokości świadczenia (art. 817 k.c.).

Tabela 1.10. Wyłączenia w umowie ubezpieczenia

Przyczyna powstania szkody	Podmiot	Charakter wyłączenia	Zakres stosowania
Umyślne działanie	▸ Ubezpieczający ▸ Ubezpieczony (w umowach na cudzy rachunek)	Bezwzględny – z wyjątkiem ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej	▸ Ubezpieczenia majątkowe (art. 827 k.c.) ▸ Samobójstwo w ubezp. na życie – w okresie do 2 lat od zawarcia umowy, ew. krótszym, z woli stron nie mniej niż 6 miesięcy (art. 833 k.c.)
Umyślne działanie	Osoba, z którą ubezpieczający lub ubezpieczony w umowach na cudzy rachunek pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym	Względny – odmienne postanowienia umowy lub OWU	Ubezpieczenia majątkowe (art. 827 k.c.)
Rażące niedbalstwo	▸ Ubezpieczający ▸ Ubezpieczony (w umowach na cudzy rachunek)	Względny – odmienne postanowienia umowy lub OWU, w tym także w ubezpieczeniach OC – zasady słuszności	Ubezpieczenia majątkowe (art. 827 k.c.)
Zaniechanie działań prewencyjnych – umyślne lub wskutek rażącego niedbalstwa	▸ Ubezpieczający ▸ Ubezpieczony (w umowach na cudzy rachunek)	Bezwzględny – ograniczony do szkód powstałych z tego powodu	Ubezpieczenia majątkowe (art. 826 k.c.)
Okoliczności niezadeklarowane przy zawarciu umowy Okoliczności, których zmiany nie notyfikowano w trakcie umowy	▸ Ubezpieczający ▸ Ubezpieczony (w umowach na cudzy rachunek) ▸ Przedstawiciel ww. zawierający umowę	Bezwzględny – ograniczony do skutków tych okoliczności – ograniczony w ubezpieczeniach na życie do maks. 3 lat od zawarcia umowy (semidyspozytywny, art. 834 k.c.)	Ubezpieczenia majątkowe i osobowe (art. 815 k.c.) – z wyjątkiem ubezpieczeń na życie w zakresie deklaracji zmian w trakcie umowy

Źródło: opracowanie własne.

f) Czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń

Strony ustalają go w umowie przez podanie przedziału czasowego (np. od dnia … do dnia ..., 5 lat od dnia ..., czas podróży). Istotnym elementem jest początek ochrony ubezpieczeniowej (**materialny początek ubezpieczenia**), bowiem nie jest on tożsamy z chwilą zawarcia umowy (formalny początek ubezpieczenia). Zasadniczo odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty (art. 814 § 1 k.c.). Strony mogą jednak ustalić początek odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń inaczej, wyznaczając termin (np. 10 stycznia, z 15. dniem od zawarcia umowy) lub zdarzenie (np. chwila przekroczenia granicy), a nawet objąć ochroną okres przed zawarciem umowy ubezpieczenia (z zastrzeżeniem art. 806 § 2 k.c., z wyłączeniem ubezpieczeń obowiązkowych – por. art. 10 ust. 1a ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych). Koniec ochrony ubezpieczeniowej może być związany z rozwiązaniem lub wygaśnięciem stosunku ubezpieczenia, może też nie być oznaczony (otwarty). Umowa może także zawierać klauzulę prolongacyjną – powodującą automatyczne przedłużenie umowy na następny okres ubezpieczenia, jeżeli nie nastąpi jej wypowiedzenie w ustalonym terminie (warunkiem mogą być także inne okoliczności, jak np. zapłacenie składki za poprzedni okres ubezpieczenia).

g) Składka

Ex definitione kontrakt ubezpieczeniowy jest odpłatny, bowiem na ubezpieczającym ciąży obowiązek zapłacenia składki ubezpieczeniowej. Składka należy się zakładowi za czas trwania odpowiedzialności, a jej wysokość zależy od rodzaju i wielkości ryzyka (zmiana może spowodować zmianę wysokości składki), sumy ubezpieczenia, czasu trwania ochrony i innych elementów taryfikujących ustalonych przez zakład – bowiem składkę ustala zawsze zakład ubezpieczeń. Zapłacenie składki warunkuje, co do zasady, powstanie i trwanie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń (z wyjątkami w ubezpieczeniach obowiązkowych – por. art. 12 ust. 2 i art. 39 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych).

Ustalenia istotnych elementów umowy z jednej strony nie mogą być sprzeczne – jak wskazano – z przepisami prawa o charakterze bezwzględnie obowiązującym, z drugiej zaś strony nieuregulowanie pewnych kwestii powoduje zastosowanie regulacji ustawowej (przepisy obowiązujące względnie).

1.5.4. Przebieg stosunku ubezpieczenia

Przebieg stosunku ubezpieczenia nieco się różni w poszczególnych grupach produktów, występują odmienności w zakresie praw i obowiązków podmiotów, zasad likwidacji szkód. Istotne różnice występują między ubezpieczeniami osobowymi

a ubezpieczeniami majątkowymi, odrębności także cechują ubezpieczenia finansowe, odpowiedzialności cywilnej, ubezpieczenia na życie. Ich specyfika omówiona została w dalszej części opracowania. Można jednak wskazać elementy uniwersalne dotyczące przebiegu stosunku ubezpieczenia oraz praw i obowiązków, jakie pojawiają się na poszczególnych etapach.

W stosunku ubezpieczenia pojawiają się następujące etapy:

a) zawarcie umowy – obejmuje czynności związane z oceną ryzyka, ustaleniem zakresu pokrycia, formalnościami dotyczącymi zawarcia umowy;

b) okres ochrony ubezpieczeniowej (tzw. materialny) – jeżeli w okresie tym zajdzie wypadek ubezpieczeniowy (bądź w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej, zależnie od umowy, zajdzie zdarzenie powodujące szkodę, powstanie lub ujawni się szkoda albo zostanie zgłoszone roszczenie – por. art. 822 k.c. i uwagi dotyczące triggerów), ubezpieczyciel zobowiązany będzie do wypłaty odszkodowania lub umówionego świadczenia; okres ten może się skończyć bez zaistnienia zdarzenia powodującego konieczność wypłaty świadczenia, niemniej wówczas niekiedy następuje jeszcze okres tzw. rozliczenia polisy (np. wówczas gdy składka została ustalona w formie zaliczkowej albo gdy umowa przewidywała premię wypłacaną z tytułu tzw. bezszkodowego przebiegu ubezpieczenia);

c) okres po nastąpieniu wypadku ubezpieczeniowego – jest to okres, w którym prowadzony jest tzw. proces likwidacji szkody, mający na celu ustalenie odpowiedzialności ubezpieczyciela i wysokość należnego; proces ten jest determinowany zakresem ubezpieczenia (warunkami umowy i przepisami prawa) oraz okolicznościami faktycznymi danego wypadku.

Prawa i obowiązki stron na poszczególnych etapach podsumowuje tabela 1.11. Są one uniwersalne, wynikające z regulacji ustawowych, niektóre z nich mają zastosowanie bezwzględne, niektóre względne, strony mogą ustalić zasady odmienne. Szczególne regulacje – pominięte w tabeli – zawiera także ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych[24] (ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych). Katalog szczególnych praw lub obowiązków zawiera także zwyczajowo ogólne warunki dla poszczególnych produktów.

[24] Szczegółowo w zakresie ubezpieczeń obowiązkowych por. m.in. [Orlicki, 2011].

Tabela 1.11. Prawa i obowiązki podmiotów w stosunku ubezpieczenia

Etap	Prawa/Obowiązki	Podmiot uprawniony lub zobowiązany
1	2	3
W procesie zawarcia umowy	Informacja o okolicznościach dot. ryzyka	Ubezpieczający Ubezpieczony Przedstawiciel ww.
	Analiza potrzeb ubezpieczającego w formie ankiety w ubezpieczeniach na życie z działu I gr. 3 i przedstawienia określonych informacji	Ubezpieczyciel
	Informacja o prawie właściwym oraz sposobie i trybie rozpatrywania skarg i zażaleń	Ubezpieczyciel
	Żądanie poddania się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym przez osobę na rzecz, której ma być zawarta umowa	Ubezpieczyciel
	Prawo do informacji dot. osoby, na rzecz której ma być zawarta umowa poszukującego ochrony od podmiotów wykonujących działalność leczniczą	Ubezpieczyciel
	Zgoda na zawartą umowę na życie i na wysokość SG	Ubezpieczony w ub. na cudzy rachunek
	Doręczenie ogólnych warunków ubezpieczenia	Ubezpieczyciel
Przed nastąpieniem wypadku	Obowiązek zapłaty składki	Ubezpieczający
	Przestrzeganie tajemnicy ubezpieczenia	Ubezpieczyciel
	Informacja o ryzyku (z wyj. ub. na życie)	Ubezpieczający Ubezpieczony
	Żądanie zmiany wysokości składki w zw. z istotną zmianą ryzyka (z wyj. ub. na życie)	Ubezpieczający Ubezpieczyciel
	Zgoda na zmianę umowy na życie na niekorzyść ubezpieczonego lub uprawnionego w ub. osobowych	Ubezpieczony
	Uzyskiwanie informacji o zawartej umowie i OWU	Ubezpieczony w ub. na cudzy rachunek
	Działania prewencyjne	Ubezpieczony

1	2	3
Po nastąpieniu wypadku	Działania prewencyjne	Ubezpieczający Ubezpieczony
	Obowiązek powiadomienia ubezpieczyciela (notyfikacja)	Ubezpieczający Ubezpieczony
	Żądanie świadczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela	Ubezpieczony (także w ub. na cudzy rachunek) Poszkodowany w ubezpieczeniu OC
	Podjęcie procesu likwidacji szkody w 7 dni i obowiązki informacyjne	Ubezpieczyciel
	Udzielanie informacji	
	Prawo do informacji dot. ubezpieczonego i poszkodowanego od podmiotów wykonujących działalność leczniczą	Ubezpieczyciel
	Uzyskiwanie informacji i materiałów od sądów, prokuratury, policji i innych organów	Ubezpieczyciel
	Uzyskiwanie informacji/dostęp do tzw. akt szkodowych	Ubezpieczający Ubezpieczony Uprawniony, w tym poszkodowany i uposażony
	Spełnienie umówionego świadczenia w terminie	Ubezpieczyciel
	Prawo do dochodzenia roszczenia na drodze sądowej, wg właściwości miejscowej szczególnej	Ubezpieczający Ubezpieczony Uprawniony, w tym poszkodowany i uposażony
	Regres do osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę	Ubezpieczyciel

Źródło: opracowanie własne.

Słowa kluczowe

- Ogólne warunki ubezpieczenia
- Podmioty w stosunku ubezpieczenia
- Stosunek ubezpieczenia
- Szkoda
- Świadczenie ubezpieczeniowe
- Umowa ubezpieczenia
- Wypadek ubezpieczeniowy

Pytania kontrolne

1. Czym różni się pojęcie stosunku ubezpieczenia od umowy ubezpieczenia?
2. Na czym polega świadczenie ubezpieczyciela?
3. Wymień cechy umowy ubezpieczenia.
4. Wymień i omów krótko tryby zawarcia umowy ubezpieczenia.
5. Wskaż elementy umowy ubezpieczenia.
6. Wskaż obowiązki, jakie ciążą wyłącznie na ubezpieczającym.

2 Rynek ubezpieczeń i otoczenie instytucjonalne

2.1. Organizacja i regulacja prawna rynku ubezpieczeń

M. Płonka

Niniejszy rozdział zawiera podstawowe pojęcia związane z rynkiem ubezpieczeń, jego charakterystykę ze szczególnym zwróceniem uwagi na specyficzne cechy tego rynku od strony ekonomicznej, marketingowej i prawnej. W drugiej części rozdziału omówiono przesłanki, obszary i zakres regulacji prawnych dotyczących rynku ubezpieczeń oraz działalności zakładów ubezpieczeń, wynikających ze specyfiki rynku ubezpieczeń. Przedstawiono także najważniejsze unormowania rynku ubezpieczeń na szczeblu krajowym i unijnym.

2.1.1. Definicja, charakterystyka i specyfika rynku ubezpieczeń

Rynek jest kategorią ekonomiczną ściśle związaną z produkcją i wymianą wartości między jego uczestnikami. Pojęcie i mechanizmy każdego rynku można zdefiniować w ujęciu makroekonomicznym i mikroekonomicznym. Jednocześnie podstawowe zasady wymiany wartości na rynku ubezpieczeń są w sposób szczególny – jako umowa nazwana – uregulowane w kodeksie cywilnym (k.c.)[1]. Przystępując zatem do definicji i charakterystyki rynku ubezpieczeń, należy uwzględnić podejście makro- i mikroekonomiczne rynku przedstawione w tabeli 2.1.

[1] Ujęcie cywilnoprawne umowy ubezpieczenia, zawarte w art. 805 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2014 r., poz. 121), jest przedstawione w odrębnym podrozdziale podręcznika.

Tabela 2.1. Makro- i mikroekonomiczne ujęcie rynku

Kryterium klasyfikacyjne	Definicja
Ujęcie makroekonomiczne rynku	Ogół stosunków wymiennych między sprzedającymi, oferującymi do sprzedaży towary i usługi po określonej cenie i reprezentującymi podaż, a kupującymi, zgłaszającymi zapotrzebowanie na określone towary i usługi znajdujące pokrycie w funduszach nabywczych i reprezentującymi popyt. Podaż i popyt w powiązaniu z ceną tworzą mechanizm rynkowy [Mynarski (red.), 1993, s. 9–10].
Ujęcie mikroekonomiczne rynku	Zbiór wszystkich potencjalnych klientów mających określoną potrzebę lub pragnienie, którzy w celu ich zaspokojenia są gotowi i są w stanie dokonać wymiany [Kotler, 1994, s. 9].

Źródło: opracowanie własne.

Przystępując do analizy struktury rynku, można wyróżnić jego stronę podmiotową i przedmiotową, popytową i podażową. Zgodnie z tą logiką rynek ubezpieczeń w **ujęciu makroekonomicznym** to ogół stosunków wymiennych między jego uczestnikami, w którym:

- **stronę podmiotową** – po stronie popytu – stanowią: ubezpieczający, którzy transferują ryzyko związane z ochroną dóbr osobowych i majątkowych w zamian za ustaloną składkę (cenę ochrony ubezpieczeniowej), a po stronie podaży: zakłady ubezpieczeń, wykwalifikowane w zakresie przyjmowania określonych rodzajów ryzyka,
- **stronę przedmiotową** – po stronie popytu – tworzą: potrzeby związane z ochroną ubezpieczeniową dóbr osobowych lub majątkowych, a po stronie podaży: produkty ubezpieczeniowe zaspokajające owe potrzeby.

Strukturę rynku ubezpieczeń w uproszczonej formie przedstawia tabela 2.2.

Tabela 2.2. Struktura podmiotowa i przedmiotowa rynku ubezpieczeń

Rynek		Strony	
		Podażowa	Popytowa
Strony	Podmiotowa	**Ubezpieczyciele** Pośrednicy ubezpieczeniowi reprezentujący interes ubezpieczyciela (np. agenci, inni sprzedawcy ubezpieczeń)	**Ubezpieczający** Pośrednicy reprezentujący interes ubezpieczającego (np. brokerzy, niezależni doradcy finansowi)
	Przedmiotowa	**Ubezpieczenie**	**Potrzeba ochrony** przed określonym ryzykiem wraz z gotowością zapłacenia składki

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Szromnik, 2001, s. 8–13].

Tabela 2.3. Uczestnicy wymiany na rynku ubezpieczeń

Strona umowy ubezpieczenia	Definicja i charakterystyka
Ubezpieczyciel (zakład ubezpieczeń)	▸ W zamian za składkę zobowiązuje się udzielać ochrony ubezpieczeniowej, a w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku wypłacić określone świadczenie. ▸ Polskie prawo dopuszcza działalność wyłącznie w formie spółki akcyjnej lub towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych (reasekuracji wzajemnej), spółki europejskiej. ▸ Prowadzi działalność na podstawie zezwolenia wydanego przez organ nadzoru w zakresie działu, grup i rodzajów ubezpieczeń. ▸ Podczas prowadzenia działalności podlega organowi nadzoru, wykonując w związku z tym określone obowiązki sprawozdawcze i techniczne.
Ubezpieczający	▸ Zobowiązuje się do zapłacenia składki ubezpieczeniowej w zamian za ponoszenie przez ubezpieczyciela ryzyka wypłacenia określonego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie ubezpieczenia wypadku. ▸ Może nim być osoba fizyczna, osoba prawna, jednostka organizacyjna niemająca osobowości prawnej.
Beneficjenci ochrony ubezpieczeniowej – krótka charakterystyka	
Ubezpieczony	▸ Osoba, na rzecz której świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa. W przypadku zawarcia umowy we własnym imieniu ubezpieczający jest również ubezpieczonym.
Uposażony	▸ Uprawniony do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego w czasie trwania umowy ubezpieczenia na życie.
Poszkodowany	▸ Osoba trzecia uprawniona do odszkodowania z tytułu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez ubezpieczonego.
Inne uprawnione osoby trzecie	▸ Mogą nimi być: wierzyciel hipoteczny z tytułu ubezpieczenia obciążonej nieruchomości, osoba trzecia z tytułu umowy zawartej na jej rzecz, okaziciel polisy z tytułu umowy zawartej na okaziciela, nabywca ubezpieczonej nieruchomości w miejsce zbywcy, cesjonariusz i zastawnik wierzytelności ubezpieczeniowej.
Społeczeństwo	▸ W przypadku ubezpieczeń ekologicznych*.

* Cechą charakterystyczną ryzyka ekologicznego (zaliczanego do ryzyka społecznego) jest występujący często brak możliwości kompensacji szkody w odniesieniu do konkretnych osób lub przedmiotów, stąd w prawie unijnym, a następnie krajowym przyjęto zasadę, że „zanieczyszczający płaci". Odpowiedzialność podmiotów za ochronę środowiska przyjmuje wówczas formy prewencji, kompensacji lub represji oraz dotyczy zarówno ich działań, jak i zaniechań. Więcej [Maśniak, 2003].

Źródło: opracowanie własne na postawie przepisów kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracji z dnia 11 września 2015 r. (zwanej dalej **u.d.u.r.**).

Warto zaznaczyć, że na rynku ubezpieczeń stronami umowy ubezpieczenia mogą być: ubezpieczyciel i ubezpieczający, natomiast podmiotami ochrony ubezpieczeniowej mogą być: ubezpieczony, uposażony, osoby trzecie uprawnione do ochrony ubezpieczeniowej (np. poszkodowani w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej) lub społeczeństwo, jak to się dzieje w przypadku np. ubezpieczeń ekologicznych. W tabeli 2.3 przedstawiono krótką charakterystykę uczestników wymiany na rynku ubezpieczeń.

Ujęcie mikroekonomiczne umożliwia spojrzenie na rynek z punktu widzenia zakładu ubezpieczeń; rynek ubezpieczeń stanowią wówczas aktualni i potencjalni klienci. Zróżnicowanie potrzeb potencjalnych ubezpieczających prowadzi w konsekwencji do konieczności segmentacji rynku[2] i orientacji na rynki (grupy) docelowe[3] w celu jak najbardziej korzystnego dopasowania produktu ubezpieczeniowego do preferencji nabywców.

Produkt ubezpieczeniowy jest zespołem korzyści dostarczanych ubezpieczonemu/uprawnionemu przez zakład ubezpieczeń [Monkiewicz (red.), 2001, s. 21]. Przedmiotem wymiany na rynku ubezpieczeń jest zatem suma korzyści wynikająca z postrzeganej przez określone grupy docelowe wartości użytkowej produktu ubezpieczeniowego (jego zdolności do zaspokojenia potrzeb), w zamian za określoną cenę (wartość wymienną). Przedmioty wymiany na rynku ubezpieczeń przedstawiono w tabeli 2.4.

Potrzeba ubezpieczeniowa jest rozumiana jako stan psychicznego napięcia jednostki lub całej grupy związany z uczuciem braku pewności i gwarancji dotyczących bądź utrzymania życia, zdrowia lub majątku (bezpieczeństwo fizyczne), bądź zagwarantowania sobie poczucia psychicznej pewności (bezpieczeństwo psychiczne) oraz z chęcią zaspokojenia tej potrzeby na rynku ubezpieczeń [Szromnik, 2001, s. 15].

Tabela 2.4. Przedmioty wymiany na rynku ubezpieczeń

Przedmiot	Definicja i charakterystyka
1	2
Potrzeba ubezpieczeniowa	Ochrona ubezpieczeniowa jest jedną z wielu metod zaspokajania potrzeby bezpieczeństwa finansowego (dotyczącego osób lub majątku) i psychicznego (dotyczącego stanu ducha nabywcy). Potrzeba ubezpieczeniowa: ▸ ma zindywidualizowany charakter, ▸ może być uświadamiana lub nieuświadamiana.

[2] Segmentacja rynku jest podziałem potencjalnych nabywców na grupy, które mają podobne potrzeby i w zbliżony sposób reagują na działania marketingowe.

[3] Są to wybrane segmenty rynku, które są obiektem i celem programu marketingowego przedsiębiorstwa.

1	2
Produkt ubezpieczeniowy	To pakiet usług dostarczanych ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń, za określoną opłatę (składka ubezpieczeniowa), w umówionym czasie. Posiada: ▸ **typowe cechy produktu** (wartość użytkową, wartość wymienną, rdzeń oraz wyposażenie, zmienny cykl życia), ▸ **specyficzne cechy usługi** (niematerialność, wysoki stopień personalizacji w przypadku sprzedaży osobistej, możliwość sprzedaży w formie wirtualnej, brak logistyki marketingowej), ▸ **specyficzne cechy sektorowe (branżowe**) (dotyczy ochrony przed skutkami zdarzeń losowych: przyszłych, niepewnych, lecz statystycznie przewidywalnych, masowych, niezależnych od woli poszkodowanych, powodujących uszczerbek w dobrach osobistych lub majątkowych), ▸ **specyficzne cechy prawne** (wierzycielski charakter, odroczony i niepewny charakter konsumpcji, obowiązkowy charakter niektórych ubezpieczeń, ustawowa standaryzacja, kwalifikowalność, brak możliwości przeniesienia prawa własności rzeczy, harmonizacja na skalę europejską, a nawet globalną).
Składka ubezpieczeniowa	To cena (wartość wymienna) ochrony ubezpieczeniowej: ▸ ma pieniężny wyraz wartości użytkowej produktu ubezpieczeniowego, ▸ ma charakter zindywidualizowany w zależności od nabywcy, ▸ tworzy fundusz ubezpieczeniowy przeznaczony na wypłatę świadczeń, ▸ decyduje o repartycji obciążeń ubezpieczeniowych między ubezpieczonymi. Kalkulacja składki może być oparta na podstawie rzeczywistego („płatna z dołu") lub przewidywanego („z góry oznaczona") zapotrzebowania. Obecnie dominuje drugi model kalkulacji składki.

Źródło: opracowanie własne na postawie przepisów k.c. i u.d.u.r.

Potrzeba ma charakter zindywidualizowany zarówno w odniesieniu do postrzegania ryzyka, jak i świadomości ubezpieczeniowej.

Postrzeganie (percepcja) ryzyka zależy od:

▸ indywidualnych zdolności jednostki w dziedzinie rozpoznawania i kwalifikacji zagrożeń,

▸ wpływu środowiska osobistego, zawodowego,

▸ skumulowanych doświadczeń wcześniejszych,

▸ oddziaływania zakładów ubezpieczeń i instytucji regulacji rynku ubezpieczeń.

Świadomość ubezpieczeniowa to wiedza i umiejętności jednostki lub grup społecznych pozwalające racjonalnie skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej, czyli w konsekwencji wykazać stosowną przezorność ubezpieczeniową – definicja wg: [Szumlicz, 2007, s. 21]. Jest ona zmienna w czasie i wyraża się w rozumieniu i racjonalnym wartościowaniu ryzyka, znajomości OWU czy zasad ochrony ubezpieczeniowej.

Świadomość ubezpieczeniowa jest ważnym, lecz niekoniecznym warunkiem rozwoju rynku ubezpieczeń. Przykładowo rynek ubezpieczeń obowiązkowych może się rozwijać bez udziału świadomości istoty ubezpieczenia, które może być wówczas traktowane jako parapodatek.

Produkt ubezpieczeniowy musi posiadać wartość użytkową (zdolność do zaspokajania potrzeb), wartość wymienną (akceptowalną cenę) oraz rdzeń i wyposażenie marketingowe, przedstawione w tabeli 2.5.

Tabela 2.5. Marketingowa struktura produktu ubezpieczeniowego

Element struktury	Definicja i przykłady
Rdzeń	Cecha stanowiąca o jego istotnej funkcji (ochrona ubezpieczeniowa)
Produkt podstawowy	Zestaw podstawowych korzyści dla nabywcy (marka firmy, warunki płatności, procedury, dostępność, komunikacja, kanały dystrybucji, gwarancja itp.)
Produkt oczekiwany	Zbiór oczekiwań aktualnych i potencjalnych nabywców (zróżnicowane, zależne od preferencji poszczególnych grup docelowych)
Produkt ulepszony	Dodatkowe cechy produktu tworzące wartość dodaną dla nabywców, decydujące o jego przewadze konkurencyjnej na rynkach docelowych (np. sprzedaż ubezpieczenia wraz z pakietem kredytowym w banku, możliwość negocjacji ceny)
Produkt potencjalny	Wizja produktu przyszłego, uwzględniającego oczekiwania nabywców (grup docelowych)

Źródło: opracowanie własne na podstawie modelu zawartego w [Płonka, 2011, s. 52–53].

Ochrona ubezpieczeniowa, czyli utrzymanie warunków i gotowości zakładu ubezpieczeń do wypłaty świadczenia na skutek zajścia wypadku ubezpieczeniowego [Monkiewicz (red.), 2000, s. 65], dotyczy zdefiniowanych w umowie **zdarzeń losowych**, czyli niezależnych od woli ubezpieczonego zdarzeń przyszłych i niepewnych, których nastąpienie powoduje uszczerbek w jego dobrach osobistych lub majątkowych albo zwiększenie potrzeb majątkowych. Są one skutkiem realizacji określonych rodzajów ryzyka, pod warunkiem że zaistniały bez woli osoby, której dotyczą. Cechy zdarzeń losowych i warunki ich ubezpieczalności przedstawiono w tabeli 2.6.

Tabela 2.6. Cechy zdarzeń losowych i warunki ich ubezpieczalności

Cecha	Warunki ubezpieczalności zdarzeń losowych
Statystyczna prawidłowość	Powtarzalność określonych zdarzeń w czasie i przestrzeni, pozwalająca na matematyczne obliczenie stopnia prawdopodobieństwa ich wystąpienia.
Masowość	Im bardziej liczna jest grupa zainteresowana ochroną przed określonym zdarzeniem losowym (grupa ryzyka), tym bardziej rzeczywisty rozkład realizacji zdarzeń losowych jest zbliżony do wartości oczekiwanej (tzw. prawo wielkich liczb). Brak odpowiedniej liczebności grupy ryzyka powoduje możliwość takich odchyleń rezultatów rzeczywistych od oczekiwanych, które mogą zagrażać stabilności zakładów ubezpieczeń i ich wypłacalności.
Mierzalność	Strata w dobrach osobistych lub majątkowych spowodowana zdarzeniem musi być definitywna i mierzalna.
Nadzwyczajność	Zdarzenie nie jest z góry określoną koniecznością dla podmiotów, których dotyka, lub co najmniej nieznany jest czas, w jakim nieuniknione zdarzenie musi wystąpić. Wyróżnia się trzy grupy ryzyka: I: niepewność co do faktu (np. pożar), II: pewność co do faktu, niepewność dotyczy czasu realizacji (np. życie), III: pewność co do faktu i czasu, niepewność dotyczy skutków (np. skutki spodziewanego huraganu, powodzi).
Niezależność od woli poszkodowanego	Zdarzenie nie może być spowodowane umyślnym działaniem lub zaniechaniem. Umyślne przyczynienie się do szkody (hazard moralny) może być przesłanką wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, skutkującego odmową wypłaty świadczenia lub odszkodowania.
Losowość	Brak możliwości wskazania konkretnych podmiotów dotkniętych zdarzeniem.

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Monkiewicz (red.), 2000, s. 18–19, 39].

Istotną cechą produktu ubezpieczeniowego jest **niematerialność** (brak efektu fizycznego, wizualnego) na etapie jego sprzedaży i brak pewności, że w okresie umownym dojdzie do jego materializacji w postaci świadczenia (odszkodowania). Niematerialność ogranicza możliwości zastosowania przez zakład ubezpieczeń niektórych narzędzi wyposażenia produktu i kreowania przewagi konkurencyjnej (np. opakowanie, efekty wizualne). Nabycie ubezpieczenia rodzi prawo i zobowiązanie do określonych i trwających w czasie czynności podejmowanych przez ubezpieczyciela (informacja, wypłata świadczenia), konsument natomiast oczekuje wsparcia w razie wystąpienia zdefiniowanego zdarzenia losowego. Korzystanie z ochrony ubezpieczeniowej jest zatem swoistą relacją między zakładem ubezpieczeń a ubezpieczonym, trwającą w czasie przyszłym, a nie jednorazową transakcją[4].

[4] W teorii marketingu rozróżnia się marketing transakcyjny, związany z obsługą poszczególnych transakcji, oraz marketing relacyjny, związany z obsługą procesów komunikacji i relacji z rynkiem.

Specyfikę produktu ubezpieczeniowego wyznaczają w decydującym stopniu jego cechy prawne, przedstawione w tabeli 2.7.

Tabela 2.7. Specyficzne cechy prawne produktu ubezpieczeniowego i ich skutki dla rynku ubezpieczeń

Cecha	Charakterystyka i skutki dla rynku ubezpieczeń
Wierzycielski charakter	Wynika z dwustronnie zobowiązaniowego charakteru umowy ubezpieczenia, określonego w art. 805 k.c., w którym ubezpieczający jest wierzycielem zakładu ubezpieczeń w czasie trwania umowy ubezpieczenia. Powoduje to konieczność zabezpieczenia i gwarancji realności ochrony ubezpieczeniowej.
Odroczony i niepewny charakter konsumpcji, wynikający z losowości	Szczególnego znaczenia nabiera analiza ryzyka zarówno przez ubezpieczycieli, jak i ubezpieczających, w celu jego identyfikacji, szacowania, wyboru metod zarządzania i finansowania. W przypadku konsumentów istotna jest percepcja ryzyka, stopień jego akceptowalności czy świadomość ubezpieczeniowa. W przypadku ubezpieczycieli ograniczanie ryzyka niewypłacalności jest głównym powodem imperatywnych regulacji prawnych, ekonomicznych i organizacyjnych.
Asymetria rozkładu sił między stronami umowy ubezpieczenia	Słabsza pozycja ubezpieczającego/ubezpieczonego w prawnym stosunku ubezpieczenia (jego niższy potencjał majątkowy, brak wiedzy, doświadczeń, umiejętności wobec wysokiego potencjału, doświadczenia, rutyny, znajomości technik sprzedaży, wsparcia prawnego, specyficznych umiejętności ubezpieczyciela) powoduje konieczność regulacji dotyczących ochrony konsumenta.
Asymetria informacyjna stron umowy ubezpieczenia	Ubezpieczyciel posiada mniejszą wiedzę o ryzyku zgłaszanym do ubezpieczenia niż ubezpieczający, co w przypadku ubezpieczeń dobrowolnych może prowadzić do negatywnej selekcji ryzyka, czyli sytuacji, w której ubezpieczający nie będzie skłonny ubezpieczać ryzyka o parametrach dla niego niekorzystnych.
Brak możliwości przeniesienia prawa własności rzeczy	Konsument nie może posiąść na własność ochrony ubezpieczeniowej i swobodnie nią dysponować, lecz jedynie może z niej korzystać. Fundusz ubezpieczeniowy, tworzony z wpłat składek, jest własnością ubezpieczyciela, który nim dysponuje w ograniczonym zakresie (na wypłatę świadczeń dla osób dotkniętych wypadkiem ubezpieczeniowym). Nabycie produktu ubezpieczeniowego nie jest efektem transakcji, lecz tworzy relację między ubezpieczycielem a ubezpieczonym. Cecha ta ma ograniczone zastosowanie, np. w przypadku sprzedaży ubezpieczonej nieruchomości jej nabywca wchodzi w prawa zbywcy.
Odwrócony cykl ustalania ceny produktu ubezpieczeniowego	Cena usługi ubezpieczeniowej jest ustalana przed znajomością kosztów jej realizacji, w efekcie czego najpierw pojawiają się wpływy z tytułu sprzedaży, a dopiero później ubezpieczyciel ponosi rozłożone w czasie koszty. Z tego faktu wynika niepewność dla zakładu ubezpieczeń związana z wyższą niż oczekiwana szkodowością i możliwym zagrożeniem jego wypłacalności.

Źródło: opracowanie własne.

Budowa i rozwój rynku ubezpieczeń mogą być stymulowane przez:

- instrumenty polityki ekonomicznej państwa (np. ubezpieczenia obowiązkowe),
- budowanie świadomości ubezpieczeniowej (na poziomie rozwiązań systemowych),
- celową strategię rozwoju (na poziomie zakładów ubezpieczeń).

2.1.2. Przesłanki, obszary i zakres regulacji rynku ubezpieczeń

Funkcjonowanie rynku ubezpieczeń wiąże się ze specyficznymi rodzajami ryzyka zarówno w odniesieniu do konsumentów, jak i zakładów ubezpieczeń. Wiele z nich zostało omówionych w tabeli 2.7.

Konsument, kupując ochronę ubezpieczeniową w przyszłym okresie, jest w czasie trwania umowy ubezpieczenia wierzycielem zakładu ubezpieczeń, często niemającym wiedzy i umiejętności zbadania wiarygodności zakładu, na którego scedował skutki wystąpienia zdefiniowanego ryzyka. Brak wiedzy i umiejętności utrudnia mu dokonanie ekwiwalentnej wyceny realności ochrony ubezpieczeniowej, ściśle powiązanej z wiarygodnością zakładu ubezpieczeń. Jednocześnie powszechność i masowość niektórych ubezpieczeń sprawiają, że zakłady ubezpieczeń są instytucjami zaufania publicznego. Utrata wiarygodności jednego zakładu ubezpieczeń może podważyć zaufanie społeczeństwa do całego systemu ubezpieczeń. Brak powszechnej świadomości ubezpieczeniowej powoduje konieczność zastąpienia funkcji kontrolnych nabywców przez wyspecjalizowane instytucje działające w interesie ubezpieczonych i uprawnionych z umowy ubezpieczenia. Masowość (powszechność) niektórych ubezpieczeń sprawia, że ochrona wartości o wysokiej społecznej doniosłości wymaga stworzenia systemu gwarancji ochrony ubezpieczeniowej.

Zakład ubezpieczeń z kolei, dokonując w kalkulacji składki wyceny ryzyka przyjętego do ubezpieczenia na podstawie przewidywanego rozkładu szkód w przyszłych okresach, przyjmuje na siebie ryzyko odchylenia rzeczywistego rozkładu szkód od przewidywanego.

By zminimalizować wpływ wymienionych czynników ryzyka na funkcjonowanie rynku ubezpieczeń, konieczne jest stworzenie systemowych rozwiązań, mających na celu zapewnienie realności ochrony ubezpieczeniowej przez zabezpieczenie wszystkich stron umowy ubezpieczenia przed możliwymi skutkami utraty wiarygodności systemu ubezpieczeń. Służą temu regulacje prawne, organizacyjne i instytucjonalne rynku ubezpieczeń (tab. 2.8) oraz działalności zakładów ubezpieczeń (tab. 2.9).

Tabela 2.8. Obszary, cele i zakres regulacji prawnych rynku ubezpieczeń

Obszar regulacji	Cele i zakres regulacji
System nadzoru	Celem nadzoru nad rynkiem finansowym jest zapewnienie prawidłowego funkcjonowania tego rynku, jego stabilności, bezpieczeństwa oraz przejrzystości, zaufania do rynku finansowego, a także zapewnienie ochrony interesów uczestników tego rynku również poprzez rzetelną informację dotyczącą funkcjonowania rynku (art. 2 u.n.f.)*. Celem nadzoru jest ochrona interesów osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, członków funduszy emerytalnych, uczestników pracowniczych programów emerytalnych, osób otrzymujących emeryturę kapitałową lub osób przez nie uposażonych (art. 3 u.n.u.)**. System nadzoru ubezpieczeniowego reguluje zagadnienia koncesyjne, ekonomiczne, techniczne, prawne, arbitrażowe, moralne oraz związane z pośrednictwem na rynku ubezpieczeń gospodarczych.
Kwalifikowalność ubezpieczyciela (jednostronna)	Ubezpieczycielem może być wyłącznie podmiot kwalifikowany, tj. posiadający zezwolenie organu nadzoru, podlegający nadzorowi w zakresie wskazanym przez ustawę oraz spełniający ściśle określone wymagania co do formy i zakresu prowadzenia działalności.
Formalnoprawna standaryzacja i harmonizacja działalności ubezpieczeniowej	Na poziomie krajowym (krajowe akty prawne). Na poziomie Unii Europejskiej (dyrektywy, rozporządzenia). Na poziomie międzynarodowym (dwustronne lub wielostronne porozumienia międzynarodowe). Przykładem porozumienia wielostronnego jest Międzynarodowy System Zielonej Karty.
System gwarancji wypłacalności ubezpieczycieli	Instytucjonalny: Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny (UFG), Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (PBUK). Narzędziowy: wymogi kapitałowe, rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe.
Wzmocnienie ochrony konsumenta w warunkach jego słabszej pozycji	Instytucjonalne: Rzecznik Finansowy. Narzędziowe w zakresie określonym w art. 384, 385 k.c., dotyczącym: – zasad dostarczania OWU jako wzorców umownych, – wykładni postanowień niejednoznacznych, – niedozwolonych postanowień umownych (klauzul abuzywnych).
Obowiązkowy charakter niektórych ubezpieczeń	Celem wprowadzenia przymusu ubezpieczenia jest zagwarantowanie poszkodowanym ochrony na gruncie prawa cywilnego poprzez rozwiązania instytucjonalne (UFG) i narzędziowe (np. możliwość nałożenia sankcji za brak spełnienia obowiązku ubezpieczenia).

* Ustawa z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym (Dz.U. Nr 157, poz. 1119 ze zm.), zwana dalej **u.n.f.**

** Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym (Dz.U. Nr 124, poz. 1153 ze zm.), zwana dalej **u.n.u.**

Źródło: opracowanie własne.

Główne regulacje dotyczące działalności krajowych ubezpieczycieli (reasekuratorów) dotyczą następujących obszarów:

1) zakresu działalności określonego w u.d.u.r. i zezwoleniu organu nadzoru,
2) dopuszczalnych form prowadzenia działalności,
3) kwalifikowalności działalności ubezpieczeniowej,
4) systemu instytucjonalnego, zapewniającego stabilność rynku,
5) systemu narzędziowego, zapewniającego wiarygodność i wypłacalność ubezpieczycieli,
6) harmonizacji działalności ubezpieczeniowej, zapewniającej swobodne świadczenie usług na terenie państw należących do UE/EOG oraz działalność transgraniczną,
7) zgodności z zasadami nadzoru makroostrożnościowego[5].

2.1.3. Regulacje związane z harmonizacją rynku ubezpieczeń w Unii Europejskiej i transgraniczną działalnością zakładów ubezpieczeń

Wraz z powołaniem na mocy Traktatu Rzymskiego z 1957 r. Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej (potem Unii Europejskiej – UE) i w związku ze zróżnicowaniem systemów prawnych poszczególnych krajów członkowskich oraz w celu zapewnienia swobód tworzenia podmiotów gospodarczych, świadczenia usług oraz przepływu kapitału między krajami – wprowadzono w latach siedemdziesiątych XX wieku koncepcję wzajemnego uznawania krajowych regulacji prawnych, pod warunkiem uprzedniej akceptacji przez wszystkie kraje członkowskie określonych standardów minimalnych.

Proces tworzenia jednolitego rynku ubezpieczeniowego w UE wymaga określenia zasad jego harmonizacji kształtowanych przez europejskie prawo wspólnotowe, które:

- ma pierwszeństwo i jest bezwzględnie obowiązujące w stosunku do jednostronnych i późniejszych aktów prawa krajowego,
- ma zastosowanie w odniesieniu do państw członkowskich UE, ich organów oraz obywateli.

Główny trzon prawa ubezpieczeniowego tworzą dyrektywy. Dyrektywa jest specyficznym źródłem prawa, ponieważ jej adresatem może być tylko państwo członkowskie UE, któremu dyrektywa wyznacza cel, jaki ma zostać osiągnięty, oraz termin implementacji w wewnętrzny system prawny państwa, natomiast wybór form i środków osiągnięcia tego celu jest w gestii samego państwa. W efekcie proces tworzenia jednolitego rynku ubezpieczeniowego w Unii Europejskiej nie

[5] Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o nadzorze makroostrożnościowym nad systemem finansowym i zarządzaniu kryzysowym w systemie finansowym (Dz.U. z 2015 r. poz. 1513).

polega na jego unifikacji (ujednoliceniu), lecz na harmonizacji, w której koordynacja działalności ubezpieczeniowej na terenie Unii Europejskiej jest realizowana z jednoczesnym poszanowaniem odrębności tradycji, prawa i funkcjonowania ubezpieczeń w poszczególnych krajach. Przykładowo specyficznym dla Polski rozwiązaniem jest dopuszczalność dwóch form prowadzenia działalności ubezpieczeniowej, podział pośredników ubezpieczeniowych na agentów i brokerów, ograniczenie do pięciu liczby grup ubezpieczeń w dziale I.

Poszczególne etapy harmonizacji i tworzenia jednolitego rynku ubezpieczeń wyznaczały trzy generacje dyrektyw UE, których najważniejsze charakterystyki zawarto w tabeli 2.9.

Tabela 2.9. Etapy tworzenia i harmonizacji jednolitego rynku ubezpieczeń w Unii Europejskiej

Etap i data	Najważniejsze ustalenia
1	2
Dyrektywy I generacji*: 1973 r. – dział II 1979 r. – dział I	**Swoboda osiedlania się**
	Ustalono powszechnie akceptowane standardy i zasady prowadzenia działalności ubezpieczeniowej: ▸ wymóg uzyskania zezwolenia państwa członkowskiego na założenie przedsiębiorstwa, oddziału lub agencji ubezpieczeniowej, ▸ zdefiniowano i wprowadzono obowiązek tworzenia przez zakłady ubezpieczeń: rezerwy technicznej, marginesu wypłacalności, minimalnego funduszu gwarancyjnego dla danych grup ubezpieczeń.
Dyrektywy II generacji**: 1988 r. – dział II 1990 r. – dział I	**Swoboda świadczenia usług**
	Wprowadzono możliwość swobodnego świadczenia usług transgranicznych w zakresie tzw. dużego ryzyka (do którego zaliczono ubezpieczenia morskie, lotnicze, kredytu, kaucji, ogniowe, odpowiedzialności cywilnej oraz niektórych szkód majątkowych), przyjmując założenie nadzoru kraju macierzystego; w zakresie pozostałych rodzajów ryzyka poziom swobody świadczenia usług był niższy. W ramach działu I podzielono swobodę na aktywną (ubezpieczyciel inicjuje sprzedaż ubezpieczenia na rynkach UE) i pasywną (ubezpieczający poszukuje ochrony ubezpieczeniowej w państwach UE).
Dyrektywy III generacji***: 1992 r. – dział II 1992 r. – dział I	**Zasada jednolitej licencji**
	Wprowadzono na terenie UE system jednolitej licencji w ubezpieczeniach, uzyskanej w kraju, w którym zakład ubezpieczeń ma swoją główną siedzibę. Licencja ta umożliwia zakładanie oddziałów (w ramach swobody przedsiębiorczości) lub świadczenie transgranicznych usług (w ramach swobody świadczenia usług) we wszystkich państwach członkowskich UE. Złagodzono rozdzielenie działów ubezpieczeń (polskie prawo nie dopuszcza łączenia działalności z zakresu działu I i II).

1	2
Dyrektywa Solvency II 2009 r termin implementacji: 1.01.2016 r.	Określenie kapitałowego (**SCR** – *Solvency Capital Requirment*) i minimalnego wymogu wypłacalności, w ramach trzech modułowych filarów uwzględniających: 1) mierzalne rodzaje ryzyka, 2) jakościowe procesy zarządzania ryzykiem, 3) wypracowanie standardów nadzorczych, sprawozdawczych, makroostrożnosciowych sharmonizowanych z europejskimi. Synchronizacja w ustalaniu rezerw techniczno-ubezpieczeniowych (RTU) i kryteriów jakości kapitałów własnych w krajach członkowskich UE/EOG. Uwzględnienie specyfiki poszczególnych zakładów ubezpieczeń poprzez określenie standardowego SCR, uwzględnienie zasady proporcjonalności oraz możliwość tworzenia własnych pełnych lub częściowych modeli wypłacalności przez zakłady ubezpieczeń.

* Dyrektywa Rady z dnia 24 lipca 1973 r. w sprawie koordynacji ustaw, rozporządzeń i przepisów administracyjnych, dotyczących podejmowania i prowadzenia bezpośredniej działalności ubezpieczeniowej (z wyjątkiem ubezpieczeń na życie); Dyrektywa Rady z dnia 5 marca 1979 r. w sprawie koordynacji ustaw, rozporządzeń i przepisów administracyjnych, dotyczących podejmowania i prowadzenia działalności w dziedzinie ubezpieczeń na życie.

** Dyrektywa w sprawie koordynacji przepisów dotyczących świadczenia usług w zakresie ubezpieczeń nie na życie z dnia 28 czerwca 1988 r.; Dyrektywa w sprawie koordynacji przepisów dotyczących bezpośrednio ubezpieczeń na życie w celu ułatwienia korzystania ze swobody świadczenia usług z dnia 8 listopada 1990 r.

*** Dyrektywa w sprawie koordynacji prawa, rozporządzeń i przepisów administracyjnych odnoszących się do ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie z dnia 18 czerwca 1992 r.; Dyrektywa w sprawie koordynacji prawa, rozporządzeń i przepisów administracyjnych odnoszących się do ubezpieczeń bezpośrednich na życie oraz zmieniająca dyrektywy 79/267/EEC i 90/619/EEC z dnia 10 listopada 1992 r.

Źródło: [Przybytniowski, 2009, s. 63–66].

2.1.4. Regulacje dotyczące działalności transgranicznej zakładów ubezpieczeń

Na jednolitym rynku ubezpieczeń w krajach Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) ustawa o działalności ubezpieczeniowej dopuszcza dwie formy prowadzenia działalności transgranicznej w sektorze ubezpieczeń:

- swobodę świadczenia usług lub
- oddział główny.

Podejmowanie i wykonywanie transgranicznej działalności ubezpieczeniowej jest realizowane w krajach wspólnoty na zasadzie wzajemności (zasada ta nie dotyczy państw należących do Światowej Organizacji Handlu).

Podstawowe uregulowania dotyczące działalności transgranicznej na przykładzie krajowych zakładów ubezpieczeń (zagraniczne zakłady ubezpieczeń działają na podobnej, wzajemnej zasadzie) przedstawiono w tabeli 2.10.

Tabela 2.10. Regulacje dotyczące działalności transgranicznej na przykładzie krajowych zakładów ubezpieczeń i reasekuracji

Forma	Regulacje dotyczące działalności transgranicznej
Swoboda świadczenia usług lub przez oddział art. 203–222 u.d.u.r.	Wykonywanie działalności na terenie UE/EOG podlega krajowemu organowi nadzoru i dotyczy zakresu i formy działalności, określonych w zezwoleniu. Działalność regulują krajowe normy prawa. Zamiar rozpoczęcia działalności ubezpieczeniowej na terenie każdego państwa UE/EOG wymaga zawiadomienia organu nadzoru właściwego dla tego kraju. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia występuje obowiązek poinformowania ubezpieczającego o siedzibie zakładu ubezpieczeń.
Oddział główny art. 175–202 u.d.u.r.	Podejmowanie działalności na terenie UE/EOG wymaga zezwolenia organu nadzoru w kraju, w którym jest zlokalizowany oddział główny. Działalność regulują normy prawa kraju lokalizacji oddziału głównego. Zakres działalności w kraju lokalizacji musi być spójny z zakresem działalności w kraju, w którym ubezpieczyciel ma siedzibę główną. Forma działalności musi być dopuszczalna w kraju lokalizacji (w Polsce jest to TUW lub SA); wymóg ten nie dotyczy ubezpieczycieli, których siedziba znajduje się w państwach należących do Światowej Organizacji Handlu.
Wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w Polsce przez zakład ubezpieczeń mający siedzibę w państwie niebędącym członkiem UE/EOG może być realizowane na zasadzie wzajemności. Wymaga zezwolenia krajowego organu nadzoru i może być realizowane jedynie w formie oddziału głównego. Zasady wzajemności nie stosuje się do państw należących do Światowej Organizacji Handlu.	
Zagraniczny zakład reasekuracji z siedzibą w państwie niebędącym państwem członkowskim UE/EOG może podejmować i wykonywać działalność reasekuracyjną na terytorium Polski: 1) przez główny oddział, 2) bezpośrednio z terytorium państwa, w którym ma siedzibę, jeżeli system wypłacalności tego państwa został uznany za równoważny lub czasowo równoważny z systemem wypłacalności ustanowionym w art. 172 dyrektywy Solvency II, 3) bezpośrednio z terytorium państwa, w którym ma siedzibę, jeżeli z państwem tym została zawarta umowa, o której mowa w art. 175 dyrektywy Solvency II.	

Źródło: opracowanie własne na podstawie u.d.u.r.

Wszystkie regulacje rynku ubezpieczeń mają na celu zapewnienie realności ochrony ubezpieczeniowej.

Słowa kluczowe

- Dyrektywa
- Oddział główny
- Potrzeba ubezpieczeniowa
- Produkt ubezpieczeniowy
- Rynek ubezpieczeń w ujęciu makro- i mikroekonomicznym
- Swoboda świadczenia usług
- Świadomość ubezpieczeniowa

- Wypłacalność
- Zdarzenie losowe

Pytania kontrolne

1. Podmioty i przedmioty wymiany na rynku ubezpieczeń.
2. Specyficzne cechy rynku ubezpieczeń od strony ekonomicznej, marketingowej i prawnej.
3. Marketingowa struktura produktu ubezpieczeń na wybranym przykładzie.
4. Przesłanki regulacji rynku ubezpieczeń.
5. Obszary i zakres regulacji rynku ubezpieczeń na szczeblu krajowym.
6. Istota i cele harmonizacji rynku ubezpieczeń w Unii Europejskiej.
7. Etapy tworzenia i harmonizacji jednolitego rynku ubezpieczeń w Unii Europejskiej.
8. Formy działalności transgranicznej zakładów ubezpieczeń.

2.2. Zakłady ubezpieczeń – organizacja i zarządzanie

M. Płonka

Niniejszy podrozdział zawiera podstawowe zasady organizacji i zarządzania krajowych zakładów ubezpieczeń, ze szczególnym zwróceniem uwagi na specyficzne cechy ich funkcjonowania oraz podstawowe różnice między ubezpieczeniem komercyjnym a ubezpieczeniem wzajemnym.

2.2.1. Uregulowania dotyczące krajowych zakładów ubezpieczeń

Funkcjonowanie i organizację zakładów ubezpieczeń regulują przepisy:

- prawa wspólnotowego (dyrektywy),
- prawa krajowego (ustawy[6], rozporządzenia),
- dyspozytywne, zawarte w statutach.

Przez działalność ubezpieczeniową rozumie się wykonywanie czynności ubezpieczeniowych związanych z oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń losowych (art. 4 u.d.u.r.).

Zakład ubezpieczeń nie może wykonywać innej działalności poza rodzajami działalności wymienionymi w tabeli 2.11.

[6] Głównie ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. zwana dalej u.d.u.r.

Tabela 2.11. Zakres działalności krajowych zakładów ubezpieczeń

Rodzaj działalności	Uszczegółowienie
Ubezpieczeniowa	Art. 4 u.d.u.r. enumeratywnie wymienia czynności ubezpieczeniowe, reasekuracyjne, pośrednictwa finansowego, akwizycyjne, które może wykonywać zakład ubezpieczeń (reasekuracji)
Reasekuracyjna	
Pośrednictwa finansowego	
Usługi związane z zabezpieczeniem elektronicznych dokumentów związanych z zawieraniem i wykonywaniem umów ubezpieczenia (art. 43 u.d.u.r.)	

Źródło: opracowanie własne na podstawie u.d.u.r.

Wykonywanie działalności ubezpieczeniowej (reasekuracyjnej) podlega ciągłemu monitorowaniu działalności przez organ nadzoru z szerokimi kompetencjami ingerencji w przypadku zagrożenia brakiem wypłacalności lub innymi niekorzystnymi zdarzeniami. Zakres obowiązków krajowych zakładów ubezpieczeń względem organu nadzoru jest uregulowany u.d.u.r. oraz aktami powiązanymi i dotyczy: przedstawienia dokumentacji, sprawozdawczości, obowiązków informacyjnych, obowiązków przedstawienia do zatwierdzenia, konieczności uzyskania zezwolenia lub zgody na wykonywanie lub zamiar wykonywania określonych czynności.

2.2.2. System organizacji i zarządzania w zakładach ubezpieczeń (reasekuracji)

System organizacji i zarządzania w krajowych zakładach ubezpieczeń (reasekuracji) jest formalnie uregulowany w u.d.u.r. oraz w innych powiązanych aktach prawnych.

Dopuszczalne prawem formy wykonywania działalności ubezpieczeniowej lub reasekuracyjnej przez krajowe zakłady ubezpieczeń przedstawiono w tabeli 2.12.

Tabela 2.12. Formy prawne wykonywania działalności ubezpieczeniowej lub reasekuracyjnej przez krajowe zakłady ubezpieczeń

Skrót	Rozwinięcie, podstawa prawna
1	2
SA RSA	Regulacje działalności w k.s.h. (art. 301–490) oraz w rozdziale 4 u.d.u.r. (art. 78–101). **Ubezpieczeniowa** (SA) lub **reasekuracyjna** (RSA) spółka akcyjna; dopuszczalne skróty w nazwie TU (towarzystwo ubezpieczeń), ZU (zakład ubezpieczeń).

1	2
TUW TRW	Regulacje działalności w rozdziale 5 u.d.u.r. (art. 102–161). **Towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych** – zakład ubezpieczeń, który ubezpiecza swoich członków na zasadzie wzajemności (art. 102 u.d.u.r.). **Towarzystwo reasekuracji wzajemnej** – zakład reasekuracji, który przyjmuje ryzyko cedowane przez swoich członków na zasadzie wzajemności (art. 104 u.d.u.r.).
SE	**Spółka europejska** – paneuropejska forma przedsiębiorstwa, określona w rozporządzeniu Rady WE*, która może powstać tylko poprzez: – transgraniczną fuzję spółek akcyjnych mających siedziby na obszarze UE, jeżeli co najmniej dwie z nich podlegają prawu różnych państw członkowskich, – utworzenie grupy kapitałowej spółek europejskich przez spółki akcyjne i spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, – utworzenie spółki zależnej przez co najmniej dwie spółki zgodnie z art. 48 TWE, – przekształcenie spółki akcyjnej podlegającej wyłącznie prawu krajowemu, utworzenie przez spółkę europejską innej jednoosobowej spółki w tej formie. Są dopuszczalne dwa systemy administrowania SE: dualistyczny i monistyczny.
Można łączyć działalność ubezpieczeniową i reasekuracyjną. Zakład ubezpieczeń, wykonujący działalność w formie spółki akcyjnej ma wówczas obowiązek i wyłączne prawo używania w nazwie lub firmie wyrazów i odpowiednio skrótów: „towarzystwo ubezpieczeń i reasekuracji" (TUIR), „zakład ubezpieczeń i reasekuracji" (ZUIR) (art. 7 u.d.u.r.).	

* Rozporządzenie Rady (WE) nr 2157/2001 z dnia 8 października 2001 r. w sprawie statutu spółki europejskiej (SE) (Dz.Urz. WE L 294 z 10.11.2001, s. 1, z późn. zm.; Dz.Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 6, t. 4, s. 251).

Źródło: opracowanie własne na podstawie regulacji prawnych.

Organy władzy w zakładach ubezpieczeń lub reasekuracji podano w tabeli 2.13.

Tabela 2.13. Organy władzy w zakładach ubezpieczeń (reasekuracji) w systemie dualistycznym i monistycznym

System dualistyczny (przyjęty w k.s.h. i u.d.u.r.) wobec SA, TUW, TRW, SE	**System monistyczny** (możliwy do przyjęcia w statucie SE)
Walne Zgromadzenie akcjonariuszy (w SA) lub członków (w TUW, TRW)	
Rada Nadzorcza	Rada administrująca
Zarząd	Dyrektor wykonawczy

Źródło: opracowanie własne na podstawie k.s.h., u.d.u.r., Rozporządzenia Rady (WE).

Uczestnikami walnego zgromadzenia w spółce akcyjnej są akcjonariusze (interesariusze zewnętrzni), natomiast w TUW są to członkowie (interesariusze wewnętrzni).

Funkcjonowanie i kompetencje organów władzy są określone w przypadku spółek akcyjnych w Kodeksie spółek handlowych (k.s.h.)[7] w art. 368–429, a w przy-

[7] Ustawa z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz.U. z 2013 r., poz. 1030 ze zm.).

padku TUW i TRW u.d.u.r. w art. 116–148. Niektóre kompetencje pozostawiono swobodzie statutowej (np. zatwierdzanie OWU).

Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej zawiera **dodatkowe wymogi**, dotyczące organów zarządzających oraz osób wykonujących kluczowe funkcje, wynikające z kwalifikowalności zakładów ubezpieczeń i konieczności zapewnienia profesjonalnego zarządzania zakładem ubezpieczeń (reasekuracji).

Zgodnie z art. 48 u.d.u.r. członkiem zarządu zakładu ubezpieczeń (reasekuracji) może być osoba, która spełnia łącznie następujące wymagania:

1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych,

2) posiada wyższe wykształcenie uzyskane w Rzeczypospolitej Polskiej lub uzyskane w innym państwie wykształcenie będące wykształceniem wyższym w rozumieniu właściwych przepisów tego państwa[8],

3) nie była skazana za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe prawomocnym wyrokiem sądu,

4) daje rękojmię prowadzenia spraw zakładu lub wykonywania swej funkcji w sposób należyty.

Zarząd krajowego zakładu ubezpieczeń (reasekuracji), z wyłączeniem TUW i TRW składa się z co najmniej dwóch członków. Co najmniej połowa członków zarządu, w tym prezes zarządu oraz członek zarządu odpowiedzialny za zarządzanie ryzykiem, posiada udowodnioną znajomość języka polskiego[9], doświadczenie zawodowe niezbędne do zarządzania zakładem ubezpieczeń (art. 50 u.d.u.r.). Artykuł 53 u.d.u.r. wskazuje sytuacje, w których dana osoba nie może być członkiem zarządu.

System zarządzania w zakładach ubezpieczeń jest określony w rozdziale 3 u.d.u.r.

Zgodnie z art. 45 w zakładzie ubezpieczeń i zakładzie reasekuracji funkcjonuje **system zarządzania zgodny z zasadą proporcjonalności**, tj. adekwatny do charakteru, skali i złożoności ich działalności. Obejmuje on co najmniej:

1) strukturę organizacyjną, w której zakresy odpowiedzialności są jasno i odpowiednio podzielone,

2) skuteczny system przekazywania informacji,

3) zgodność z innymi wymaganiami określonymi w rozdziale 3 u.d.u.r.

Zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji dokonują regularnego (co najmniej raz w roku) przeglądu funkcjonowania systemu zarządzania.

Istotnym elementem systemu zarządzania jest sporządzanie na piśmie i zatwierdzanych przez zarząd zasad dotyczących co najmniej:

[8] W przypadku członka rady nadzorczej nie jest wymagalne posiadanie wyższego wykształcenia. Organ nadzoru, na wniosek zakładu ubezpieczeń lub zakładu reasekuracji, może odstąpić, w drodze decyzji, od wymogu posiadania wyższego wykształcenia w stosunku do danej osoby, uwzględniając w szczególności doświadczenie zawodowe kandydata na stanowisko osoby pełniącej kluczową funkcję (art. 48 u.d.u.r.).

[9] Organ nadzoru, na wniosek krajowego zakładu ubezpieczeń (reasekuracji) może w drodze decyzji odstąpić od stosowania wymogu znajomości języka polskiego w stosunku do danej osoby, jeżeli nie będzie to niezbędne ze względów nadzoru ostrożnościowego (art. 50 u.d.u.r.).

1) zarządzania ryzykiem,
2) kontroli wewnętrznej,
3) audytu wewnętrznego,
4) outsourcingu, gdy zakład ubezpieczeń lub reasekuracji stosuje lub zamierza go stosować (art. 46 u.d.u.r.).

Zakłady ubezpieczeń (reasekuracji) w ramach systemu zarządzania stosują:

1) odpowiednie oraz współmierne systemy, zasoby i procedury pozwalające na zachowanie ciągłości i regularności działania, w tym opracowują plany awaryjne (art. 47 u.d.u.r.),

2) efektywny system zarządzania ryzykiem obejmujący strategie, procesy i procedury sprawozdawcze konieczne do określenia, pomiaru i monitorowania ryzyk, na które są lub mogą być narażone, oraz współzależności między nimi, zarządzania tymi rodzajami ryzyka i sprawozdawczości w ich zakresie, w sposób ciągły, zarówno na poziomie indywidualnym, jak i zagregowanym (art. 56 u.d.u.r.),

3) efektywne i właściwe zintegrowanie systemu zarządzania ryzykiem ze strukturą organizacyjną oraz z procesami decyzyjnymi, z uwzględnieniem osób pełniących kluczowe funkcje (art. 56 u.d.u.r.). Rodzaje ryzyka, które należy uwzględnić w obliczeniach kapitałowego wymogu wypłacalności są wymienione w art. 57 u.d.u.r.,

4) regularną ocenę zarządzania aktywami i zobowiązaniami w zakresie określonym w art. 58 u.d.u.r.),

5) regularną, własną ocenę ryzyka i wypłacalności (co najmniej raz w roku), obejmującą co najmniej czynniki wymienione w art. 63 u.d.u.r. (w przypadku TUW uznanych za małe mają zastosowanie odrębne wymogi) oraz metody oceny,

6) zapewnienie efektywnego systemu kontroli wewnętrznej (procedury administracyjne i księgowe, organizacja kontroli wewnętrznej, ustalenia w zakresie raportowania na wszystkich szczeblach struktury organizacyjnej zakładu) oraz funkcję zgodności z przepisami (art. 64 u.d.u.r.),

7) skuteczną, obiektywną i niezależną od funkcji operacyjnych funkcję audytu wewnętrznego, która obejmuje ocenę adekwatności i efektywności systemu kontroli wewnętrznej i innych elementów systemu zarządzania (art. 65 u.d.u.r.),

8) skuteczną funkcję aktuarialną, nadzorowana wyłącznie przez aktuariusza (art. 66–72 u.d.u.r.).

Wykonywanie niektórych czynności lub funkcji zakład ubezpieczeń (reasekuracji) może powierzyć w formie pisemnej podmiotom zewnętrznym w drodze outsourcingu. Zasady i wymogi dotyczące umów outsourcingu określają art. 73–77 u.d.u.r.

Krajowy zakład ubezpieczeń (reasekuracji) może działać samodzielnie lub być jednostką zależną:

a) zakładu ubezpieczeń,
b) jednostki dominującej w stosunku do zakładu ubezpieczeń,
c) osoby fizycznej lub prawnej posiadającej udziały kapitałowe w zakładzie ubezpieczeń, reasekuracji, instytucji kredytowej lub firmy inwestycyjnej, które

uzyskały odpowiednie zezwolenia na wykonywanie działalności w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej (art. 162.3.28 u.d.u.r.).

Wymienione regulacje dotyczą wykonywania działalności ubezpieczeniowej (reasekuracyjnej) krajowych zakładów ubezpieczeń (reasekuracji) niezależnie od miejsca prowadzenia działalności w krajach UE/EOG na zasadzie **swobody świadczenia usług** (zasada „domicylu") (art. 14 u.d.u.r.) oraz zagranicznych zakładów ubezpieczeń (reasekuracji) wykonujących działalność w formie **oddziału głównego** z siedzibą w Polsce (art. 14 u.d.u.r. oraz art. 177 u.d.u.r.).

2.2.3. Zakład ubezpieczeń w formie spółki akcyjnej

Ubezpieczeniowe spółki akcyjne dominują na polskim rynku ubezpieczeń (na koniec 2014 roku było ich łącznie 49: 24 w dziale I i 25 w dziale II, posiadając 97,37% udziału w rynku, mierzonego wartością składki przypisanej brutto).

Funkcjonowanie ubezpieczeniowych spółek akcyjnych regulują zasadniczo przepisy zawarte w art. 301–490 k.s.h., jednakże ich działalność podlega dodatkowym regulacjom (zawartym w u.d.u.r. w rozdz. 4, art. 78–101), uzupełniającym przepisy ogólne, a wynikającym ze specyfiki działalności ubezpieczeniowej.

Zakres szczególnych regulacji działalności ubezpieczeniowych spółek akcyjnych przedstawiono w tabeli 2.14.

Tablica 2.14. Szczególne regulacje działalności ubezpieczeniowych spółek akcyjnych

Regulacja	Uszczegółowienie
1	2
Obowiązek zatwierdzenia przez organ nadzoru Statutu przed zarejestrowaniem oraz jego zmian w zakresie: (art. 79 u.d.u.r.)	1. Siedziby lub firmy. 2. Podwyższenia lub obniżenia kapitału zakładowego. 3. W przypadku: a) zakładu ubezpieczeń – zasięgu terytorialnego lub rzeczowego zakresu działalności, b) zakładu reasekuracji – zakresu działalności. 4. Dotyczącym uprzywilejowania akcji lub uprawnień przyznanych akcjonariuszom osobiście. 5. Tworzenia w ciężar kosztów funduszy, rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości i innych rezerw. 6. Zasad reprezentacji. 7. Gospodarowania majątkiem i aktywami zakładu ubezpieczeń i zakładu reasekuracji, w tym w zakresie określenia kompetencji organów zakładu ubezpieczeń i zakładu reasekuracji. 8. Funduszu organizacyjnego.

1	2
Wymogi dotyczące kapitału zakładowego (art. 80 u.d.u.r.)	1. Nie może być on niższy niż nieprzekraczalny dolny próg minimalnego wymogu kapitałowego wymaganego dla grup ubezpieczeń, w zakresie których krajowy zakład ubezpieczeń posiada zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej. 2. Nie może być niższy niż nieprzekraczalny dolny próg minimalnego wymogu kapitałowego wymaganego dla tego zakładu. 3. Jest pokrywany wkładem pieniężnym i podlega wpłaceniu w całości przed zarejestrowaniem w Krajowym Rejestrze Sądowym. 4. Wpłaty na akcje nie mogą pochodzić z nielegalnych lub nieujawnionych źródeł oraz nie mogą mieć związku z finansowaniem terroryzmu.
Wymogi informacyjne dotyczące składu akcjonariuszy (art. 81 u.d.u.r.)	1. Akcje (z wyłączeniem akcji zdematerializowanych) mogą być tylko akcjami imiennymi. 2. Zbycie akcji imiennych w terminie do 12 miesięcy od dnia dokonania wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego wymaga zgody organu nadzoru. 3. Instytucja depozytowa przekazuje, zakładowi ubezpieczeń na jego żądanie i koszt w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia żądania, informację o składzie jego akcjonariuszy w liczbie zapewniającej co najmniej 5% ogólnej liczby głosów na walnym zgromadzeniu.
Obowiązek zawiadomienia organu nadzoru przez podmioty zgłaszające: (art.82–99 u.d.u.r.)	1. Zamiar nabycia, objęcia lub zbycia akcji lub praw z akcji zakładu ubezpieczeń w liczbie zapewniającej osiągnięcie, przekroczenie lub spadek odpowiednio 10%, 20%, jednej trzeciej, 50% ogólnej liczby głosów na walnym zgromadzeniu lub udziału w kapitale zakładowym. 2. Zamiar przekształcenia się w podmiot dominujący zakładu ubezpieczeń w sposób inny niż przez nabycie albo objęcie akcji lub praw z akcji w liczbie zapewniającej większość ogólnej liczby głosów na walnym zgromadzeniu. 3. Organ nadzoru może, w określonych ustawowo przypadkach, złożyć sprzeciw wobec tych działań w drodze decyzji w terminie 60 dni roboczych od dnia otrzymania zawiadomienia i wszystkich wymaganych informacji i dokumentów.
Obowiązek zawiadomienia organu nadzoru przez zakład ubezpieczeń: (art.100 u.d.u.r.)	1. O każdym nabyciu, objęciu lub zbyciu akcji lub praw z akcji przez akcjonariusza, jeżeli powoduje to przekroczenie progów: 10%, 20%, jednej trzeciej, 50% ogólnej liczby głosów na walnym zgromadzeniu lub udziału w kapitale zakładowym. 2. Informacji (dołączonej do rocznego sprawozdania finansowego) o posiadaniu przez akcjonariusza akcji dających mu minimum: 5% głosów na walnym zgromadzeniu lub 5% kapitału zakładowego.

Źródło: opracowanie własne na podstawie u.d.u.r.

Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej wprowadziła odrębną kategorię tzw. „**małej spółki akcyjnej**", której podstawowe cechy przedstawiono w tabeli 2.15.

Tabela 2.15. Warunki i cechy funkcjonowania małej spółki akcyjnej

Warunki	Uszczegółowienie
SA może być uznana za małą przez organ nadzoru, gdy spełni łącznie następujące warunki:	1. Roczna składka przypisana brutto nie przekracza równowartości 5 mln euro. 2. Łączne rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe brutto zakładu ubezpieczeń lub grupy dla celów wypłacalności nie przekraczają równowartości w złotych 25 mln euro. 3. Nie wykonuje działalności w zakresie ubezpieczenia lub reasekuracji odpowiedzialności cywilnej, kredytu i gwarancji ubezpieczeniowej, chyba że stanowią one ryzyka dodatkowe 4. Roczna składka przypisana brutto zakładu z reasekuracji czynnej nie przekracza równowartości 0,5 mln euro oraz 10% łącznej składki przypisanej brutto. 5. Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe brutto dla celów wypłacalności z reasekuracji czynnej nie przekraczają równowartości w złotych 2,5 mln euro oraz 10% łącznych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych brutto dla celów wypłacalności.
Jeżeli którykolwiek z podanych warunków zostanie niedotrzymany w 3 kolejnych latach obrotowych, zakład ubezpieczeń traci status małej spółki akcyjnej i dostosowuje swoją działalność do wymogów określonych w ustawie, począwszy od 4. kolejnego roku obrotowego. Zakład ubezpieczeń informuje o tym organ nadzoru.	
Do małej spółki akcyjnej nie stosuje się wymogów dotyczących kapitału zakładowego pkt 1 i wymogów dotyczących minimalnego wymogu kapitałowego (art. 272 ust. 1 pkt 1–3 u.d.u.r.).	

Źródło: opracowanie własne na podstawie art. 101 u.d.u.r.

2.2.4. Zakład ubezpieczeń w formie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych

Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych (TUW) zajmują marginalną pozycję na polskim rynku ubezpieczeń (na koniec 2014 roku było ich łącznie 8: 2 w dziale I i 6 w dziale II, posiadały 2,63% udziału w rynku, mierzonego wartością składki przypisanej brutto).

Ubezpieczenia wzajemne stanowią historycznie kolebkę ubezpieczeń; w obliczu zagrożenia samopomoc (czyli partycypacja grupy w ponoszeniu skutków wystąpienia określonego ryzyka) jest najstarszą historycznie (od starożytności) ideą, realizowaną w ramach grup zawodowych, czy lokalnych, w warunkach braku ilościowych narzędzi pomiaru ryzyka.

Od XVII wieku do czasów współczesnych w wyniku rozwoju ilościowych narzędzi umożliwiających identyfikację i pomiar ryzyka nastąpił rozwój kapitałowych form ubezpieczenia (najczęściej w formie spółki akcyjnej) nastawionych na zysk.

TUW funkcjonowały cały czas równolegle na rynku ubezpieczeń jako forma alternatywna[10].

Przed II wojną światową (w 1938 r.) udział TUW w rynku ubezpieczeń w Polsce wynosił 66,2% (mierzony liczbą zakładów ubezpieczeń) oraz 15% (mierzony wartością składki przypisanej brutto), mając w niektórych rodzajach ubezpieczeń dominujący udział [Sangowski (red.), 2001, s. 49–55].

Po II wojnie światowej upaństwowiono wszystkie zakłady ubezpieczeń i zmonopolizowano rynek ubezpieczeniowy[11].

Możliwość wykonywania działalności ubezpieczeniowej w Polsce w formie TUW przywróciła ustawa o działalności ubezpieczeniowej z 28 lipca 1990 r. Kontynuacją rozwiązań z 1990 r. jest pakiet ustaw z 22 maja 2003 r. uwzględniający zasady jednolitego rynku ubezpieczeń Unii Europejskiej, której Polska od 1 maja 2004 r. jest członkiem, oraz u.d.u.r.

Współcześnie w całym świecie TUW funkcjonują jako jedna z alternatywnych form działalności ubezpieczeniowej wobec dominujących na rynku spółek kapitałowych. Udział form wzajemnościowych w światowym rynku ubezpieczeń wynosił ok. 25% składki przypisanej brutto[12].

Funkcjonowanie krajowych TUW jest uregulowane w rozdziale 5 u.d.u.r. (art. 102–161). Ustawa nie doprecyzowała pojęcia wzajemności, lecz historyczna i praktyczna jej realizacja oznacza swoisty solidaryzm grupy, zawiązany w celu realizacji wspólnego interesu.

Celem podejmowania i prowadzenia działalności w formie TUW jest realizacja bardziej korzystnego niż komercyjne pokrycia ryzyka (najczęściej specyficznego), a w konsekwencji uzyskanie niższych kosztów jego finansowania poprzez połączenie funkcji właścicielskich, wynikających z członkostwa w TUW (TRW), z funkcjami wierzycielskimi, wynikającymi z umowy ubezpieczenia.

Zasada wzajemności w działalności gospodarczej jest jednym z podstawowych trzonów tzw. ekonomii społecznej, której cechą charakterystyczną jest m.in. prowadzenie działalności gospodarczej nienastawionej na zysk. Na szczeblu Unii Europejskiej oficjalny komitet CEP-CMAF (Conference Européenne Permanente des Coopératives, Mutualités, Associations et Fondations)[13] zdefiniował w karcie CEP-CMAF, sygnowanej w Brukseli 10 kwietnia 2002 r., sektor ekonomii

[10] Obszerniejsza historia ubezpieczeń wzajemnych jest zawarta m.in. w [Sangowski (red.), 2001, s. 41–61; Szczęśniak, 2003].

[11] Warto zaznaczyć, że przedwojenny Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych upaństwowiono dekretem z 1947 r. i zmonopolizowano; w 1952 r. zmieniono jego nazwę na Państwowy Zakład Ubezpieczeń, z którego w 1991 r., po zmianie ustroju gospodarczego, wyodrębniono dwie spółki Skarbu Państwa (Powszechny Zakład Ubezpieczeń SA w dziale II i PZU Życie SA w dziale I. Szerzej [Szczęśniak 2003, s. 215–270].

[12] Więcej w [Płonka, 2013, s. 145–153].

[13] Europejska Stała Konferencja Spółdzielni, Towarzystw Ubezpieczeń Wzajemnych, Stowarzyszeń i Fundacji, www.cepcmaf.org.

społecznej jako: podmioty społeczne i gospodarcze aktywne we wszystkich sektorach, wyróżniające się celami i szczególną formą przedsiębiorczości, takie jak: spółdzielnie, towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, stowarzyszenia i fundacje.

Wzajemność i jej implikacje można rozpatrywać w różnych, powiązanych ze sobą aspektach: prawnym, społecznym i ekonomiczno-finansowym, które przedstawiono w tabeli 2.16.

Tabela 2.16. Odrębności prawne, ekonomiczne i społeczne ubezpieczenia wzajemnego

Odrębność	Implikacje
1	2
Podwójny łączny stosunek prawny	1. **Członkostwo w TUW (TRW)** implikuje pełnienie funkcji właścicielskich, np. możliwość podejmowania kluczowych decyzji dotyczących działalności przez prawo głosu na walnym zgromadzeniu członków, lecz także przyjęcie ryzyka związanego z prowadzeniem działalności ubezpieczeniowej. 2. **Ubezpieczenie**, które implikuje funkcje wierzycielskie członków TUW (TRW) wynikające z zobowiązaniowego charakteru umowy ubezpieczenia.
Ponoszenie ryzyka	Członek TUW (TRW), przenosząc poprzez umowę ryzyko składki, jest jednocześnie biorcą części tego ryzyka, jako współwłaściciel TUW (TRW).
Niestała i nieostateczna składka	Faktycznie jest to zaliczka w poczet składki, ponieważ składka rozliczana jest z członkami TUW (TRW) na podstawie rzeczywistego przebiegu szkodowości. Skutkuje to możliwością dopłat do składki lub częściowego jej zwrotu, w zależności od rachunku technicznego przychodów i kosztów spowodowanych wystąpieniem ryzyka i koniecznością wypłacenia odszkodowań. **System niestałej składki** stanowi przejaw kosztu ryzyka lub premii za ryzyko dla członka TUW (TRW), a także praktycznej realizacji zasady wzajemności i solidaryzmu ubezpieczonych.
Kontrola społeczna	Wynika z systemu niestałej składki i możliwości dopłat do składki, co implikuje ograniczenie hazardu, konieczność kontroli wewnętrznej i wzajemny solidaryzm wśród członków TUW (TRW).
Wąsko zdefiniowane grupy członkowskie	W wąsko zdefiniowanych grupach o względnie jednorodnym ryzyku, bardziej skuteczna jest kontrola społeczna członków TUW (TRW). Z tego względu można wyróżnić TUW korporacyjne, związane z określoną grupą zawodową (np. Rejent Life, Cuprum, Pocztowe), i TUW uniwersalne, szeroko definiujące grupę członkowską (np. TUW, TUZ, Concordia Polska).

1	2
Funkcje kapitałów własnych	**Stabilizacyjne**: chronią interes członków TUW (TRW), którzy poprzez system niestałej składki przyjmują ryzyko niewypłacalności na siebie. Kapitał zapasowy jest alternatywą dla dopłat do składki. **Gwarancyjne**: chronią wypłacalność TUW (TRW) względem ubezpieczonych, nie będących członkami, nie ponoszących ryzyka składki. Niższa wartość kapitału gwarancyjnego wynika z niskiego udziału ubezpieczonych nie ponoszących ryzyka składki
Stosunek do zysku	W przypadku SA zysk jest premią za ryzyko składki ponoszone przez akcjonariuszy. TUW (TRW) jako podmiot prawny nie ponosi w pełni ryzyka składki, (ponoszą je jego członkowie związani umową ubezpieczenia), stąd zasadne jest przyjęcie przez TUW (TRW) formuły organizacji not for profit. Zysk (zwany w TUW i TRW nadwyżką finansową) nie jest motywem członkostwa w TUW (TRW) (brak możliwości podziału zysku między siebie), lecz stabilizuje i zwiększa bezpieczeństwo finansowe członków lub pozwala na obniżenie składki w latach następnych.
Świadczenia członków na rzecz TUW	▸ Wpisowe (wpłacane jednorazowo i bezzwrotne; zwykłe, lub wspierające) ▸ Udziały (zwykłe lub uprzywilejowane), podlegające zwrotowi, umorzeniu, lub zbyciu ▸ Składka członkowska wpłacana corocznie (niekoniecznie), bezzwrotna, ▸ Składka ubezpieczeniowa
Oczekiwane korzyści członków TUW (Interes ubezpieczenia w TUW)	Mechanizm kontroli społecznej powoduje ograniczanie hazardu wśród członków TUW, w konsekwencji zmniejszenie szkodowości składki i obniżenie kosztów ochrony ubezpieczeniowej. Funkcjonowanie w środowiskach zamkniętych umożliwia znaczące ograniczenie kosztów akwizycji. Wpływ członka TUW na kształt produktu ubezpieczeniowego, pozwala na jego dopasowanie bardziej adekwatne do potrzeb. Zdefiniowany krąg odbiorców pozwala na bardziej precyzyjną identyfikację i jednorodność ryzyka, co może przyczynić się do obniżenia składki. Uwzględnienie ryzyka specyficznego pozwala na lepsze dopasowanie produktu ubezpieczeniowego do specyficznych wymogów grup członkowskich w TUW i unikatowość oferty ubezpieczeniowej. Członkostwo w TUW daje możliwość korzystania z benefitów tworzonych z nadwyżki bilansowej (np. fundusz członkowski, fundusze specjalne). Łączenie funkcji właścicielskich i wierzycielskich pozwala na eliminację tzw. kosztów agencyjnych, związanych z rozwiązywaniem konfliktów wewnątrz organizacji.

1	2
Wyłączenia	Do umów ubezpieczenia zawieranych z TUW przez podmioty będące członkami tego towarzystwa nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych (art. 103 u.d.u.r.). Gdy akwizycja na rzecz TUW będzie prowadzona przez struktury własne założycieli nie ma wymogu zatwierdzania przez organ nadzoru wysokości funduszu organizacyjnego przeznaczonego na utworzenie administracji i zorganizowanie sieci przedstawicielstw (art. 162 u.d.u.r.)
Specyfika prawna	Do uzupełniających środków własnych TUW (TRW) zalicza się przyszłe należności towarzystwa od jego członków wynikające z możliwości wezwania do wniesienia dopłat w ciągu kolejnych 12 miesięcy, w tym dopłat wynikających z potencjalnych strat uwzględnionych w kapitałowym wymogu wypłacalności (art. 242.3. u.d.u.r.).

Źródło: opracowanie własne na podstawie u.d.u.r. oraz [Płonka, 2013, s. 60–71].

Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej określiła odrębną kategorię tzw. **małego towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych**, którego podstawowe cechy przedstawiono w tabeli 2.17.

Tabela 2.17. Warunki i cechy funkcjonowania małego TUW

Warunki	Uszczegółowienie
1	2
Może być uznane za małe przez organ nadzoru, gdy spełni łącznie następujące warunki:	1. Posiada ograniczony zakres działalności ze względu na małą liczbę członków oraz niewielką liczbę lub niskie sumy zawieranych umów ubezpieczenia lub niewielki terytorialny zasięg działalności. 2. Ubezpiecza jedynie swoich członków. 3. Jego członkami jest zdefiniowany w statucie krąg: a) osób fizycznych wykonujących określony zawód lub działalność, a także członkowie ich rodzin, b) osób prawnych, których cel działalności odnosi się do zawodu lub działalności, z wyłączeniem spółek prawa handlowego. 4. Roczna składka przypisana brutto w 3 ostatnich latach obrotowych nie przekracza równowartości w złotych 5 mln euro oraz w świetle wiarygodnych prognoz wartość ta nie zostanie przekroczona w ciągu kolejnych 5 lat obrotowych. 5. Nie wykonuje działalności w zakresie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, ubezpieczenia kredytu ani gwarancji ubezpieczeniowej, chyba że stanowią one ryzyka dodatkowe.
Jeżeli kwota rocznego przypisu składki zostanie przekroczona w 3 kolejnych latach obrotowych, TUW informuje o tym organ nadzoru, traci status małego i dostosowuje swoją działalność do wymogów określonych w ustawie, począwszy od 4. kolejnego roku obrotowego.	

1	2
Decyzja o uznaniu towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych przez organ nadzoru za małe TUW podlega wpisowi do Krajowego Rejestru Sądowego.	
Małe TUW nie może wykonywać działalności w zakresie reasekuracji czynnej.	
Do TUW uznanego za małe towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych nie stosuje się przepisów art. 113 u.d.u.r. dotyczących tworzenia kapitału zapasowego i rezerwowego (art. 114 u.d.u.r.) dotyczących minimalnego kapitału zakładowego i art. 285 ust. 1 pkt 5 u.d.u.r. dotyczących opisu zarządzania kapitałem dla celów sprawozdawczych oraz przepisów u.d.u.r. dotyczących kapitałowego wymogu wypłacalności i minimalnego wymogu kapitałowego (wyłączenie ze stosowania dyrektywy Solvency II).	
Za zgodą organu nadzoru do TUW, które łącznie spełnia ww. warunki 1–5, nie stosuje się przepisów art. 114 ust. 1 u.d.u.r. dotyczących minimalnego kapitału zakładowego i art. 272 ust. 1 pkt 1–3 dotyczących nieprzekraczalnego dolnego progu minimalnego wymogu kapitałowego.	

Źródło: opracowanie własne na podstawie art. 109 u.d.u.r. i aktów powiązanych.

Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej w art. 116–149 uregulowała funkcjonowanie organów władzy, a w art. 150–160 – proces demutualizacji czyli przekształcenia TUW w spółkę akcyjną.

W Polsce w powojennej historii nie miała miejsca żadna demutualizacja, natomiast w świecie takie procesy mają miejsce (np. w Japonii, Wielkiej Brytanii, USA).

W pozostałych sprawach nieuregulowanych w u.d.u. oraz w statucie (jeżeli u.d.u. dopuszcza taka możliwość), mają zastosowanie przepisy k.s.h. dotyczące spółki akcyjnej.

Wiele aspektów funkcjonowania TUW u.d.u.r. pozostawia swobodzie statutowej. Poniższe uregulowania statutowe (tabela 2.18) mają charakter dyspozytywny (względnie obowiązujący).

Tabela 2.18. Rozwiązania dyspozytywne zawarte w statutach TUW

Przedmiot	Rozwiązania i modele TUW
1	2
Charakter TUW	**Zamknięty** – ubezpieczający jedynie swych członków. **Otwarty** – dopuszczający możliwość ubezpieczenia klientów niebędących członkami TUW, przy czym składka przypisana brutto, pochodząca od ubezpieczających niebędących członkami towarzystwa, nie może przekroczyć limitu 10% wartości składki przypisanej brutto i wobec tych klientów TUW musi zastosować składkę stałą (art. 111 u.d.u.r.).
Model demokracji wewnętrznej i członkostwa w TUW	W modelu **osobowym** prawo głosu przysługuje wszystkim członkom TUW na zasadzie „jeden członek jeden głos", niezależnie od wartości wniesionych udziałów, występuje nierozłączny podwójny stosunek prawny: członkowski i ubezpieczeniowy. W modelach **kapitałowo-osobowym** oraz **kapitałowym** występuje na ogół zasada „jeden udział jeden głos" i dwojakiego rodzaju członkostwo: – kapitałowe, związane z udziałem w kapitale zakładowym, dające prawo głosu na walnym zgromadzeniu członków (WZC) i związaną z nim możliwość podejmowania kluczowych dla funkcjonowania TUW decyzji, – zwykłe, o symbolicznej wartości udziałów i wpisowego, dające prawo bezpośredniego lub pośredniego udziału w WZC, lecz nie dające prawa głosu. Model **kapitałowy** dopuszcza możliwość członkostwa bez konieczności zawarcia umowy ubezpieczenia (następuje wówczas rozdział między pełnieniem funkcji właścicielskich i wierzycielskich)*.
Specyficzne zasady gospodarki finansowej (art. 113–115 u.d.u.r.) oraz uregulowania statutowe dotyczące:	1. Wysokości kapitału zakładowego, z zastrzeżeniem przepisów u.d.u.r., oraz aktów wykonawczych. 2. Zasad wykorzystania nadwyżki bilansowej (np. spłata kapitału zakładowego, zwiększenie kapitałów własnych i funduszy członkowskich, bonifikata lub zwrot składek w ramach technicznego rachunku ubezpieczeń. 3. Zasad pokrycia strat, z zastrzeżeniem przepisów u.d.u.r., k.s.h. oraz aktów wykonawczych (np. z kapitału zapasowego, przez przeniesienie straty w części lub w całości na lata następne, dopłaty do udziałów, naliczenie dodatkowej składki, lub zmniejszenie świadczeń po wyczerpaniu środków z kapitału zapasowego, nieograniczone lub limitowane dopłaty do składek w ramach technicznego rachunku ubezpieczeń). 3. Zasad umarzania udziałów (przez zmniejszenie ich liczby lub wartości). 4. Systemu świadczeń członków na rzecz TUW. 5. Zasad zmniejszenia świadczeń TUW na rzecz członków z tytułu ubezpieczeń, chyba, że przewiduje się nieograniczony udział członków w pokrywaniu straty w technicznym rachunku ubezpieczeń. Członkowie TUW nie odpowiadają za jego zobowiązania.

1	2
Powołanie i funkcjonowanie związków wzajemności członkowskiej (ZWCz) (art. 42 u.d.u.r.)	Brak definicji prawnej implikuje dowolność regulacji dotyczących funkcjonowania ZWCz i relacji z macierzystym TUW. ZWCz to wyodrębniona w ramach TUW macierzystego grupa wspólnego lub jednorodnego interesu ubezpieczeniowego, niemająca osobowości prawnej (nie jest zobowiązana do tworzenia kapitału zakładowego, uzyskania pozwolenia na działalność ubezpieczeniową, posiadania funduszy gwarancyjnych), lecz mająca względną autonomię finansową i organizacyjną, pozwalającą na rozliczenie wyniku technicznego w ramach grupy przez: ustalenie wyniku technicznego, odrębnych zasad jego podziału czy uczestnictwa w pokryciu strat. Dzięki temu mechanizmowi możliwa jest finansowa kontrola wyniku technicznego ubezpieczeń przez członków ZWCz, a tym samym ocena efektów wyodrębnienia wspólnoty. ZWCz nie są rejestrowane poza macierzystymi TUW, a podstawą ich wyodrębnienia jest grupa społeczno-zawodowa (np. myśliwi, pielęgniarki), wspólnota terytorialna (np. gmina, struktury terytorialne kościoła) czy grupa branżowo-terytorialna (np. rolnicy z Małopolski)**.

* Więcej [Kuchlewska, 2003, s. 122 i nast.; Kuchlewska, 2010, s. 55–63].

** Więcej [Janowicz-Lomott, 2005, s. 141–148].

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statutowych TUW oraz [Płonka, 2013, s. 87–94].

2.2.5. Ubezpieczenie komercyjne a ubezpieczenie wzajemne

Podstawowe różnice między ubezpieczeniem komercyjnym, zawieranym w ubezpieczeniowej spółce akcyjnej i w niektórych TUW, a ubezpieczeniem wzajemnym, zawieranym w TUW, przedstawiono w tabeli 2.19.

Tabela 2.19. Podstawowe różnice między ubezpieczeniem komercyjnym a ubezpieczeniem wzajemnym

Kryteria	Ubezpieczenie komercyjne	Ubezpieczenie wzajemne
1	2	3
Stosunek prawny	Stosunek ubezpieczenia	Łączny stosunek ubezpieczenia oraz stosunek członkostwa w TUW
Funkcje ubezpieczającego	Wierzycielskie	Wierzycielskie i właścicielskie
Właściciele	Zewnętrzni	Wewnętrzni
Obowiązki ubezpieczającego	Składka	Składka oraz inne świadczenia określone w statucie
Charakter rynkowy	Transakcja	Relacja
Prawo głosu na WZC	Brak	Możliwość taką precyzuje statut

1	2	3
Składka	Stała i z góry ustalona	Warunkowa (niestała i nieostateczna)
Ryzyko składki	Ponosi ubezpieczyciel	Ponosi ubezpieczający
Stosunek do podziału zysku	Możliwość podziału zysku między akcjonariuszy	Brak możliwości podziału zysku (nadwyżki) między członków
Funkcje kapitałów własnych	Gwarancyjne	Stabilizacyjne dla członków, gwarancyjne dla nieczłonków
Oczekiwane korzyści interesariuszy	Stopa zwrotu	Korzystniejsza ochrona ubezpieczeniowa

Źródło: opracowanie własne.

Słowa kluczowe

- Demutualizacja
- Mała spółka akcyjna
- Małe towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych
- Towarzystwo reasekuracji wzajemnej
- Towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych
- Ubezpieczenie komercyjne
- Ubezpieczenie wzajemne
- Ubezpieczeniowa spółka akcyjna
- Związek wzajemności członkowskiej

Pytania kontrolne

1. Zasady funkcjonowania krajowych zakładów ubezpieczeń w Polsce.
2. Specyficzne uregulowania dotyczące funkcjonowania zakładów ubezpieczeń w Polsce.
3. Specyficzne uregulowania dotyczące funkcjonowania ubezpieczeniowych spółek akcyjnych.
4. Szczególne uregulowania dotyczące małych spółek akcyjnych.
5. Uregulowania ogólne dotyczące spółki europejskiej.
6. Istota i cechy wzajemności w ubezpieczeniach.
7. Szczególne uregulowania dotyczące towarzystw ubezpieczeń wzajemnych.
8. Szczególne uregulowania dotyczące małych towarzystw ubezpieczeń wzajemnych.
9. Istota i funkcjonowanie związków wzajemności członkowskiej.
10. Ubezpieczenie komercyjne a ubezpieczenie wzajemne.

2.3. Pozostałe instytucje rynku ubezpieczeń (system nadzoru, system gwarancji i inne)

M. Monkiewicz

Na polskim rynku ubezpieczeniowym, podobnie jak w innych krajach na świecie, funkcjonuje szereg instytucji ubezpieczeniowych pełniących różne zadania. Część z nich ma charakter publiczny, część prywatny, a część mieszany. Instytucje te mają charakter obowiązkowy lub dobrowolny. Poniżej omówione zostały wybrane ważniejsze instytucje mające swoją specyfikę i pełniące określone zadania publiczne (wskazane we właściwych ustawach) na krajowym rynku ubezpieczeniowym. Należą do nich: Komisja Nadzoru Finansowego, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, Rzecznik Finansowy, Polska Izba Ubezpieczeń oraz Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Z uwagi na szczególne znaczenie, szerzej od pozostałych zostały ujęte: Komisja Nadzoru Finansowego i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny.

2.3.1. Komisja Nadzoru Finansowego

Komisja Nadzoru Finansowego (dalej: również KNF lub organ nadzoru) jest instytucją funkcjonującą na polskim rynku finansowym, w tym ubezpieczeniowym, od 19 września 2006 r. (wówczas przejęła kompetencje i zadania zniesionych w tym momencie Komisji Papierów Wartościowych i Giełd oraz Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych), a w obecnym kształcie od 1 stycznia 2008 r. (wówczas przejęła kompetencje i zadania zniesionych w tym momencie Komisji Nadzoru Bankowego i Generalnego Inspektoratu Nadzoru Bankowego)[14]. Komisja Nadzoru Finansowego – jako organ właściwy w sprawach nadzoru nad rynkiem finansowym – działa na podstawie ustawy z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym. Sam nadzór nad poszczególnymi sektorami rynku finansowego, zgodnie z przepisami ww. ustawy, realizowany jest przez organ nadzoru w oparciu o sektorowe akty prawne (art. 1 ust. 2 ustawy o nadzorze nad rynkiem finansowym). Tym samym nadzór ubezpieczeniowy sprawowany jest przez KNF, zgodnie z przepisami: ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym, ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym, jak również ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o ubezpieczeniach upraw rolnych

[14] Art. 65 ust. 1 pkt 1 i 2 oraz art. 66 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym. Należy w tym miejscu przypomnieć, iż po 1990 r. rynek ubezpieczeniowy w Polsce był nadzorowany w latach 1990–1995 przez Ministra Finansów, w latach 1996–2003 przez Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń (PUNU), natomiast w latach 2004–2006 (do 18 września) przez Komisję Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych (KNUiFE).

i zwierząt gospodarskich (art. 1 ust. 2 pkt 3 ustawy o nadzorze nad rynkiem finansowym). Z kolei nadzór nad działalnością samego organu nadzoru sprawuje Prezes Rady Ministrów (art. 3 ust. 2 ustawy o nadzorze nad rynkiem finansowym). W skład Komisji wchodzą: przewodniczący, dwóch zastępców przewodniczącego oraz czterech członków (tj. minister właściwy ds. instytucji finansowych albo jego przedstawiciel, minister właściwy ds. zabezpieczenia społecznego albo jego przedstawiciel, Prezes Narodowego Banku Polskiego albo delegowany przez niego Wiceprezes NBP, przedstawiciel Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej) (art. 5 ust. 1 i 2 ustawy o nadzorze nad rynkiem finansowym). Przewodniczący wybierany jest na 5 lat przez Prezesa Rady Ministrów, natomiast w przypadku pozostałych wymienionych osób zasada kadencyjności nie ma zastosowania (art. 7 ust. 1 i art. 9 ustawy o nadzorze nad rynkiem finansowym). Należy jednocześnie wskazać, iż zarówno przewodniczący Komisji, jak i sama Komisja realizują swoje zadania przy pomocy Urzędu Komisji (art. 10 ust. 2 ustawy o nadzorze nad rynkiem finansowym).

Działalność organu nadzoru finansowana jest przez podmioty nadzorowane. W części dotyczącej sektora ubezpieczeń są nimi przede wszystkim krajowe zakłady ubezpieczeń i reasekuracji oraz główne oddziały zagranicznych zakładów ubezpieczeń, które uzyskały bezpośrednio od organu nadzoru zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w dziale I (ubezpieczenia na życie) albo w dziale II (ubezpieczenia pozostałe osobowe i majątkowe) i faktycznie prowadzą tę działalność na terytorium Polski[15]. Według stanu na koniec 2014 roku zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w Polsce posiadało 59 krajowych zakładów ubezpieczeń (w tym 28 zakładów z działu I, 31 z działu II w tym

[15] Art. 19 ust. 1 ustawy o nadzorze nad rynkiem finansowym i art. 14 ust. 1 pkt 1 ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym. Przez pojęcie głównych oddziałów zagranicznych zakładów ubezpieczeń określa się podmioty, których siedziba główna umiejscowiona jest w innych państwach niż państwa członkowskie UE. Podlegają one nadzorowi KNF, biorąc pod uwagę zarówno tzw. nadzór licencyjny (uzyskanie zezwolenia na prowadzenie działalności na terytorium Polski), tzw. nadzór materialny (przestrzeganie przepisów polskiego prawa przy wykonywaniu działalności ubezpieczeniowej lub reasekuracyjnej), jak i tzw. nadzór ostrożnościowy (wypłacalność) (wskazuje na to wprost art. 14 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej). Wykorzystując swobody unijne (a zwłaszcza zasadę jednolitej licencji, która oznacza, iż zezwolenie wydane w jednym państwie członkowskim jest ważne również we wszystkich pozostałych państwach UE), w Polsce bezpośrednią działalność mogą prowadzić również zagraniczne zakłady ubezpieczeń z innych państw członkowskich UE w formie oddziału lub swobody świadczenia usług. Oznacza to, że wprawdzie z jednej strony podlegają nadzorowi KNF (z punktu widzenia nadzoru materialnego), jednak w innych zagadnieniach (jak nadzór licencyjny czy nadzór ostrożności) podlegają one organowi nadzoru z państwa macierzystego właściwego dla siedziby głównej tego zagranicznego zakładu ubezpieczeń. Należy w tym miejscu pamiętać, że zgodnie z jedną z podstawowych zasad unijnych, tj. zasadą jednolitej licencji obowiązującą w ramach jednolitego rynku ubezpieczeń w państwach UE, zezwolenie udzielone danemu zakładowi ubezpieczeń przez macierzysty organ nadzoru w jednym z państw członkowskich jest ważne i uznawane na terytorium wszystkich innych państw członkowskich. W praktyce informacja (zawiadomienie) o zamiarze podjęcia przez taki zakład działalności w formie oddziału lub swobody świadczenia usług (tzw. notyfikacja), np. na terytorium Polski, przekazywana jest do KNF (jako organu państwa goszczącego) przez organ nadzoru, w którym ów zakład ubezpieczeń posiada siedzibę główną (tj. macierzysty organ nadzoru).

1 zakład reasekuracyjny) [Sprawozdanie z działalności KNF…, 2014, s. 22]. Należy mieć na uwadze, iż nadzór KNF nad sektorem ubezpieczeń gospodarczych nie ogranicza się jedynie do zakładów ubezpieczeń i reasekuracji, ale obejmuje również: brokerów ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych oraz w ograniczonym zakresie agentów ubezpieczeniowych (prowadzenie rejestru agentów) i aktuariuszy (prowadzenie rejestru aktuariuszy oraz poprzez Komisję Egzaminacyjną, która jest odpowiedzialna za przeprowadzenie właściwego obowiązkowego egzaminu uprawniającego po zdaniu do wykonywania zawodu aktuariusza).

Zgodnie z ustawą o nadzorze nad rynkiem finansowym, ww. ustawami właściwymi dla sektora ubezpieczeń oraz stanem faktycznym można wyróżnić co najmniej pięć podstawowych funkcji Komisji Nadzoru Finansowego[16]:

1) licencyjno-autoryzacyjna,
2) nadzorczo-analityczna,
3) inspekcyjna,
4) regulacyjno-ostrożnościowa,
5) ochronna.

Funkcja licencyjno-autoryzacyjna organu nadzoru polega na wyrażaniu zgody lub sprzeciwu co do rozpoczęcia, zmiany w ramach kontynuowanej działalności lub jej zakończenia przez podmioty nadzorowane. Przykładowo do podstawowych zadań Komisji w zakresie licencjonowania i autoryzacji zakładów ubezpieczeń oraz zakładów reasekuracji należy rozpatrywanie wniosków i zawiadomień dotyczących m.in.:

- zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej,
- zezwolenia w sprawie zmiany zasięgu terytorialnego lub zakresu rzeczowego działalności ubezpieczeniowej lub reasekuracyjnej (np. dotychczas dany zakład mógł prowadzić działalność w grupach 1–5 działu II, a po zmianach może świadczyć usługi w grupach 1–10 w tym dziale),
- udzielenia zgody na powoływanie dwóch członków zarządu, w tym prezesa danego zakładu oraz członka zarządu odpowiedzialnego za zarządzanie ryzykiem, jak również zmian we władzach tych podmiotów,
- zmian w statutach zakładów,
- planowanego połączenia zakładów,
- zatwierdzania umów o przeniesienie całości lub części umów ubezpieczenia lub reasekuracji z jednego zakładu do drugiego (tzw. portfela ubezpieczeń lub reasekuracji).

Funkcja nadzorczo-analityczna realizowana przez KNF polega z kolei na sprawowaniu stałego i bieżącego nadzoru nad zakładami ubezpieczeń i reasekuracji

[16] Podział ten został zaproponowany na podstawie analizy kolejnych sprawozdań rocznych KNF w latach 2010– 2014. Uwzględnia on przy tym zmiany przepisów prawa ubezpieczeniowego w postaci obowiązującej od dnia 1 stycznia 2016 r. ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (chodzi o zwłaszcza art. 329 ust. 2 pkt 1–6, rozdział 14 ustawy pt. „Zasady sprawowania nadzoru ubezpieczeniowego").

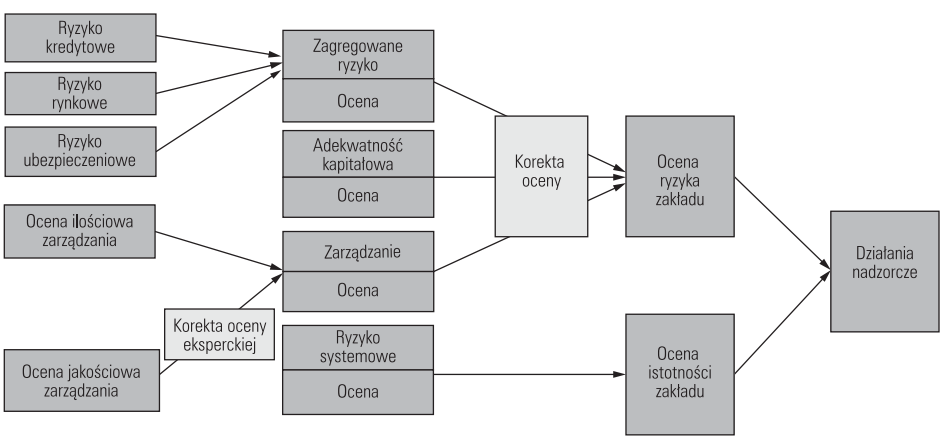
zarówno w kontekście całego sektora, jak i poszczególnych podmiotów, oraz na analizie, monitorowaniu lub ocenie różnych aspektów prowadzonej przez nie działalności. Na podstawie składanych przez zakłady ubezpieczeń i reasekuracji sprawozdań, badań ankietowych i innych informacji organ nadzoru systematycznie analizuje i ocenia ich sytuację ekonomiczno-finansową oraz ekspozycję na poszczególne rodzaje ryzyka. Do podstawowych czynności o charakterze nadzorczo-analitycznym należą m.in.:

- badanie i ocena nadzorcza zakładów, tzw. BION (zagadnienie to zostało szerzej omówione poniżej),
- monitorowanie wypłacalności zakładów oraz bezpieczeństwa, płynności i rentowności środków finansowych lokowanych przez zakłady, w tym w szczególności aktywów stanowiących pokrycie minimalnego wymogu kapitałowego (kierując się przy tym tzw. zasadą ostrożnego inwestora) (art. 276 ust. 1–8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej),
- monitorowanie wykonywania przez zakłady obowiązków sprawozdawczych i informacyjnych w stosunku do KNF i klientów zakładów na podstawie sprawozdań finansowych i informacji określonych w przepisach prawa.

Jedną z podstawowych czynności nadzorczo-analitycznych KNF pozostaje badanie i ocena nadzorcza krajowych zakładów ubezpieczeń i reasekuracji (tzw. BION). Stanowiono ujednolicony dla wszystkich podmiotów system nadzoru oparty na analizie ryzyka. Jest to: „*całościowy proces wykorzystujący wszelkie dostępne informacje posiadane przez KNF na temat zakładu ubezpieczeń/reasekuracji, w tym informacje uzyskane w wyniku czynności związanych z licencjonowaniem, analiz zza biurka i czynności kontrolnych na miejscu w zakładzie ubezpieczeń/reasekuracji, jak również z zapytań/ankiet kierowanych do zakładu ubezpieczeń/reasekuracji*" [*Metodyka badania*…, 2015, s. 2]. Głównymi celami BION są: ocena stanu sektora ubezpieczeniowego (w tym identyfikacja systemowo istotnych zakładów i obszarów ryzyka), ocena ryzyka zakładu ubezpieczeń (w tym m.in. ocena jego sytuacji finansowej czy jakości procesu zarządzania zakładem), właściwe nakierowanie działań nadzorczych i efektywna alokacja zasobów KFN (rozumiana w ten sposób, że działania organu nadzoru powinny być kierowane do tych obszarów i podmiotów, które rzeczywiście generują największe ryzyko) oraz monitorowanie spełnienia przez zakłady wymogów dyrektywy Wypłacalność II. W praktyce, proces BION składa się z przekazania ankiety BION do danego zakładu oraz dokonania jego oceny. W pierwszej fazie badany zakład otrzymuje szereg zestandaryzowanych pytań przyporządkowanych poszczególnym obszarom (m.in. takim jak struktura organizacyjna zakładu, sprzedawane produkty, systemy IT, sprawozdawczość, plan ciągłości działania, zarządzanie aktywami, osoby kluczowe, nadzór właścicielski itp.). Przeprowadzenie badania opiera się na odpowiedziach zakładu na ankietę BION oraz na wszelkich innych dostępnych organowi nadzoru informacjach dotyczących działalności zakładu, w tym na obowiązującym systemie sprawozdawczym,

aby uniknąć nakładania na zakład w związku z oceną BION dodatkowych obciążeń raportowych i informacyjnych. W fazie drugiej organ nadzoru analizuje odpowiedzi i zgodnie z tzw. mapą badanych rodzajów ryzyka każdy zakład otrzymuje ocenę ryzyka, będącą wypadkową: ocen kluczowych rodzajów ryzyka (waga 20% w ramach oceny ryzyka zakładu), adekwatności kapitałowej (30%) oraz jakości zarządzania (50%). Ponieważ sama ocena wskaźnikowa ww. czynników jest niewystarczająca, w ramach oceny jakościowej (eksperckiej) zarządzania ocenie poddaje się również specyfikę poszczególnych zakładów i ich produktów ubezpieczeniowych, jak również system i proces zarządzania ryzykiem. W wyniku przeprowadzenia BION zakłady ubezpieczeń/reasekuracji uzyskują ostateczną ocenę ryzyka i ocenę istotności (w skali 1,00–4,00, gdzie 1,00 jest najlepszą oceną, a 4,00 – najgorszą), które determinują podjęcie przez organ nadzoru, z zastosowaniem zasady proporcjonalności, intensywności działań nadzorczych, w tym działań o charakterze inspekcyjnym. Im lepiej oceniana jest końcowa ocena ryzyka zakładu (np. 1,00) oraz ocena istotności zakładu (np. 1,00), tym niższa jest intensywność czynności KNF. Analogicznie, im gorzej oceniana jest końcowa ocena ryzyka zakładu (np. 4,00) i ocena istotności zakładu (np. 4,00), tym wyższa jest intensywność czynności KNF (rys. 2.1).

Innymi słowy, w wyniku przeprowadzenia BION zakłady ubezpieczeń/reasekuracji uzyskują ocenę ryzyka i ocenę istotności, które determinują podjęcie przez organ nadzoru, przy zastosowaniu zasady proporcjonalności, działań nadzorczych, w tym działań o charakterze inspekcyjnym.



Rysunek 2.1. BION zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji

Źródło: [*Metodyka badania i oceny nadzorczej…*, 2015, s. 3].

Funkcja inspekcyjna, realizowana przez specjalnie każdorazowo upoważnionych pracowników Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego, polega natomiast na

przeprowadzaniu kompleksowych lub problemowych kontroli na miejscu, tj. w siedzibach podmiotów nadzorowanych, w celu sprawdzenia prawidłowego wykonywania przez nie działalności. Przykładowo, w przypadku zakładów ubezpieczeń i reasekuracji inspekcje mogą obejmować obszar wyceny rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, zarządzania zakładem, polityki lokacyjnej, czy też procesu likwidacji szkód. W sytuacji stwierdzenia nieprawidłowości podczas wykonywanej działalności (np. dokonywania przez dany zakład ubezpieczeń wypłat odszkodowawczych z opóźnieniem w obszarze likwidacji szkód) wydawane są zalecenia pokontrolne, dotyczące dostosowania działalności podmiotów nadzorowanych do przepisów prawa oraz zaprzestania naruszania interesów ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia. W ramach funkcji inspekcyjnej wyróżnia się również tzw. wizyty nadzorcze, które stanowią mniej sformalizowany sposób zweryfikowania określonych informacji na temat nadzorowanego podmiotu przez organ nadzoru w siedzibie zakładu ubezpieczeń[17].

Istotą funkcji regulacyjno-ostrożnościowej KNF w obszarze nadzoru ubezpieczeniowego jest wydawanie opinii i stanowisk, przyjmujących czasem nazwę wytycznych, rekomendacji lub zasad, w celu jednolitego i właściwego w ocenie Komisji stosowania prawa przez podmioty nadzorowane w praktyce (np. wskazanie oczekiwań nadzorczych w zakresie ostrożnego i stabilnego zarządzania danym obszarem ryzyka w zakładzie ubezpieczeń albo zakładzie reasekuracji)[18]. Przykładem regulacji o charakterze regulacyjno-ostrożnościowym jest corocznie przyjmowane stanowisko Komisji w sprawie polityki dywidendowej zakładów ubezpieczeń i reasekuracji, w którym, biorąc pod uwagę uwarunkowania zewnętrzne (np. niespokojne i niepewne otoczenie zakładów ubezpieczeń), rekomenduje ona kryteria, jakimi powinny się kierować zakłady zamierzające wypłacić dywidendę z zysku wypracowanego w danym roku kalendarzowym [Stanowisko KNF w sprawie polityki…, 2015].

Jednym z absolutnie podstawowych ustawowych celów organu nadzoru nad rynkiem ubezpieczeniowym jest również zapewnienie ochrony interesów nieprofesjonalnych uczestników tego rynku (tj. klientów zakładów ubezpieczeń,

[17] Idea tzw. wizyt nadzorczych stanowi swoistą nowinkę, ponieważ wprowadziła ją w życie dopiero ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. W zamierzeniach mają one mieć znacznie mniej sformalizowany charakter niż formalna kontrola. Różnią się one od klasycznej inspekcji m.in. znacznie krótszym czasem trwania (30 dni zamiast 60) czy też faktem braku konieczności stworzenia formalnego protokołu (co jest obligatoryjne w przypadku urzędowej inspekcji). Więcej na temat wizyt nadzorczych przede wszystkim w art. 353–360 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

[18] Jakkolwiek ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej w żaden sposób nie zakazuje używania innego nazewnictwa niż to, o którym mowa w tekście głównym (tj. wytyczne, rekomendacje, zasady), należy podkreślić, że z dniem 1 stycznia 2016 r. (stosownie do określonych zapisów ww. ustawy) pojawiły się nowe regulacje odnoszące się wprost do „rekomendacji" organu nadzoru dotyczących rynku ubezpieczeniowego. Więcej na temat celu, zakresu i granic rekomendacji przede wszystkim w art. 365 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

w tym zwłaszcza konsumentów usług ubezpieczeniowych). KNF monitoruje praktyki rynkowe oraz z jednej strony samodzielnie gromadzi dane, z drugiej zaś występuje z żądaniem informacji i wyjaśnień do podmiotów nadzorowanych. Zakres zadań realizowanych przez organ nadzoru w tym zakresie obejmuje w szczególności:

- podejmowanie działań wyjaśniających w sprawie skarg nieprofesjonalnych uczestników rynku ubezpieczeniowego na podmioty nadzorowane,
- nadzór nad przekazami reklamowymi podmiotów nadzorowanych,
- działania nadzorcze w zakresie praktyk rynkowych podmiotów nadzorowanych,
- kontrolę działalności podmiotów nadzorowanych w zakresie dotyczącym naruszenia interesów nieprofesjonalnych uczestników rynku ubezpieczeniowego,
- działania o charakterze edukacyjnym,
- obsługę merytoryczną i administracyjną Sądu Polubownego przy KNF (uprawnionego do obsługi sporów o prawa majątkowe i niemajątkowe, mogące stanowić przedmiot ugody sądowej między uczestnikami rynku ubezpieczeniowego, w szczególności wynikające ze stosunków umownych między podmiotami podlegającymi nadzorowi KNF a odbiorcami usług świadczonych przez te podmioty) [Szymański, 2011].

2.3.2. Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny

Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny (dalej: również UFG lub Fundusz) jest instytucją funkcjonującą na polskim rynku ubezpieczeń od 27 grudnia 1990 r., której działalność w chwili obecnej reguluje ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (rozdz. 6–7 tej ustawy obejmujące art. 84–119). UFG ma osobowość prawną, a nadzór nad jego działalnością sprawuje minister właściwy ds. instytucji finansowych[19]. Jego organami statutowymi są: Walne Zgromadzenie Członków Funduszu, Rada Funduszu oraz Zarząd Funduszu (art. 115 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych). Ten ostatni, wybierany na 4 lata, odpowiedzialny jest za bieżące kierowanie pracami UFG i składa się z trzech do pięciu członków, w tym prezesa i dwóch wiceprezesów[20].

Działalność UFG w znacznej mierze finansowana jest przez jego członków [Raport roczny UFG, 2014, s. 35]. Członkostwo zakładów w UFG może mieć charakter obowiązkowy (a w jego ramach – stały lub tymczasowy) bądź dobrowolny (art. 97

[19] Za datę początku funkcjonowania UFG (27 grudnia 1990 r.) przyjęto pierwsze spotkanie przedstawicieli zakładów ubezpieczeń w sprawie utworzenia UFG, na którym wybrano Zarząd Funduszu, jakkolwiek pierwsze posiedzenie tego organu miało miejsce 19 lutego 1991 r.

[20] § 29 ust. 1 i 2. Załącznik do obwieszczenia Ministra Finansów z dnia 28 marca 2014 r. w sprawie ogłoszenia statutu Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego.

ust. 1–3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych). Po pierwsze, członkami UFG (na zasadzie obligatoryjności o charakterze stałym) są krajowe i zagraniczne zakłady ubezpieczeń prowadzące faktyczną działalność ubezpieczeniową (sprzedaż polis) na terytorium Polski (w tym także w formie głównego oddziału lub oddziału, lub swobody świadczenia usług) w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i/lub obowiązkowego ubezpieczenia OC rolników. Członkostwo ww. zakładów w Funduszu następuje automatycznie z dniem zawarcia pierwszej umowy ubezpieczenia OC komunikacyjnego lub OC rolników przez dany zakład (art. 97 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych). Obowiązkowy – stały charakter członkostwa ww. zakładów polega na tym, że jeśli prowadzą one faktyczną działalność ubezpieczeniową z tytułu ww. ubezpieczeń, mają one obowiązek przynależności do Funduszu bez względu na inne okoliczności. Po drugie, członkami UFG (na zasadzie dobrowolności) mogą stać się również krajowe i zagraniczne zakłady ubezpieczeń prowadzące faktyczną działalność ubezpieczeniową (sprzedaż polis) na terytorium Polski (w tym także w formie głównego oddziału lub oddziału lub swobody świadczenia usług) w dziale I (ubezpieczenia na życie) lub dziale II (pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe). Członkostwo ww. zakładów w Funduszu następuje automatycznie z dniem złożenia deklaracji członkowskie (art. 97 ust. 1a ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych)[21]. Dobrowolny charakter członkostwa ww. zakładów polega na tym, że mają one prawo, a nie obowiązek przynależności do Funduszu (wskutek złożenia ww. deklaracji członkowskiej), jak również w każdej chwili mogą one złożyć oświadczenie o wystąpieniu z Funduszu. Po trzecie, członkami UFG (na zasadzie obligatoryjności o charakterze tymczasowym), są krajowe i zagraniczne zakłady ubezpieczeń prowadzące faktyczną (sprzedaż polis) działalność ubezpieczeniową w dziale I (ubezpieczenia na życie) lub posiadające zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej na terytorium Polski w zakresie innych ubezpieczeń obowiązkowych (o których mowa w art. 4 pkt 3 i 4 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych) w dziale II (w tym także w formie głównego oddziału lub oddziału lub swobody świadczenia usług), w sytuacji konieczności przejęcia przez UFG roszczeń z umów ubezpieczeń zawartych w niewypłacalnym zakładzie ubezpieczeń (art. 97 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych). Członkostwo ww. zakładów w Funduszu następuje automatycznie z dniem wystąpienia niewypłacalności zakładu ubezpieczeń w ww. zakresie. Innymi słowy, np. w przypadku zajścia niewypłacalności zakładu ubezpieczeń na życie X, pozostałe zakłady ubezpieczeń

[21] W tym miejscu należy jedynie doprecyzować, że w przypadku zakładów ubezpieczeń prowadzących działalność ubezpieczeniową w dziale II, które mogą na zasadach dobrowolności stać się członkami Funduszu, wyłączone są zakłady prowadzące działalność z tytułu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i/lub OC rolników. Wprawdzie ubezpieczenia te wchodzą w skład ubezpieczeń działu II, to jednak tego rodzaju zakłady zgodnie z opisanymi w tekście głównym założeniami wynikającymi z ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych są członkami Funduszu na zasadzie obligatoryjności o charakterze stałym.

na życie, wykonujące działalność ubezpieczeniową w Polsce w dziale I, stają się z tą chwilą członkami Funduszu. Obowiązkowy – tymczasowy charakter członkostwa ww. zakładów polega na tym, że jeśli prowadzą one faktyczną działalność ubezpieczeniową w dziale I lub posiadają zezwolenie na prowadzenie działalności w zakresie innych ubezpieczeń obowiązkowych (o których mowa w art. 4 pkt 3 i 4 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych), mają one obowiązek przynależności do Funduszu do momentu, w którym zaspokojone zostaną wszystkie roszczenia związane z niewypłacalnością zakładu[22]. Członkostwo zakładu następuje z dniem zawarcia pierwszej właściwej umowy ubezpieczenia (stali członkowie) lub z dniem ogłoszenia niewypłacalności danego zakładu (tymczasowi członkowie). Według stanu na koniec 2014 roku UFG zrzeszał wyłącznie stałych członków (w sumie 27 zakładów, z czego 19 stanowiły zakłady krajowe, a 8 zagraniczne, w tym 5 działających na zasadzie oddziału i 43 na zasadzie swobody świadczenia usług).

Zgodnie z ustawą o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny realizuje pięć funkcji ustawowych [Raport roczny UFG, 2014, s. 12–31]:

1) kompensacyjną,
2) kontrolno-represyjną,
3) windykacyjno-regresową,
4) informacyjną,
5) pomocową.

Funkcja kompensacyjna Funduszu polega na wypłacaniu odszkodowań i/lub świadczeń w zakresie tzw. działalności podstawowej oraz w związku z niewypłacalnością zakładów ubezpieczeń (art. 98 ust. 1–3 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych). W ramach funkcji kompensacyjnej z działalności podstawowej UFG zaspokaja roszczenia z tytułu szkód powstałych na terytorium Polski z zakresu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i OC rolników (ochrona Funduszu obejmuje zarówno poszkodowane osoby fizyczne, jak i prawne, do wysokości minimalnej sumy gwarancyjnej obowiązującej aktualnie w Polsce), przede wszystkim w następujących przypadkach:

[22] Wspomnianymi ubezpieczeniami obowiązkowymi, o których mowa w art. 4 pkt 3 i 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG oraz PBUK są ubezpieczenie budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych (tj. ubezpieczenie budynków rolniczych) oraz ubezpieczenia wynikające z przepisów odrębnych ustaw lub umów międzynarodowych ratyfikowanych przez Rzeczpospolitą Polską, nakładających na określone podmioty obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia (tj. pozostałe ubezpieczenia obowiązkowe). Należy oczywiście mieć na uwadze fakt, że zakłady ubezpieczeń z działu I lub II będące już członkami UFG na zasadzie obligatoryjności o charakterze stałym lub dobrowolnym, siłą rzeczy nie będą stawać się członkami Funduszu na zasadzie obligatoryjności o charakterze tymczasowym. Przykładowo, jeśli dany zakład ubezpieczeń na życie X przystąpił do Funduszu na zasadzie dobrowolności, to w przypadku niewypłacalności innego zakładu życiowego Y nie stanie się on członkiem UFG, bo już nim wcześniej był. Zmianie ulegnie wówczas jedynie możliwość wystąpienia z UFG.

- na osobie – gdy szkoda została wyrządzona w okolicznościach uzasadniających odpowiedzialność cywilną posiadacza pojazdu mechanicznego lub kierującego pojazdem mechanicznym, a nie ustalono ich tożsamości (tzw. sprawca niezidentyfikowany w zakresie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych),
- na osobie i w mieniu – gdy u któregokolwiek uczestnika zdarzenia wystąpiła tzw. poważna szkoda osobowa, tj. śmierć, naruszenie czynności narządów ciała lub rozstrój zdrowia trwający dłużej niż 14 dni, i szkoda została wyrządzona w okolicznościach uzasadniających odpowiedzialność cywilną posiadacza pojazdu mechanicznego lub kierującego pojazdem mechanicznym, a nie ustalono ich tożsamości (tzw. sprawca niezidentyfikowany w zakresie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych),
- na osobie i w mieniu – gdy szkoda została wyrządzona przez posiadacza pojazdu mechanicznego, który nie był ubezpieczony w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC komunikacyjnego (tzw. sprawca nieubezpieczony w zakresie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych),
- na osobie i w mieniu – gdy rolnik, osoba pozostająca z nim we wspólnym gospodarstwie domowym lub osoba pracująca w jego gospodarstwie rolnym są obowiązani do odszkodowania za wyrządzoną w związku z posiadaniem przez rolnika tego gospodarstwa rolnego szkodę, będącą następstwem śmierci, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia bądź też utraty, zniszczenia lub uszkodzenia mienia, a rolnik nie był ubezpieczony obowiązkowym ubezpieczeniem OC rolników (tzw. sprawca nieubezpieczony w zakresie OC rolników).

Należy podkreślić, iż w odniesieniu do szkód w mieniu, jeżeli poszkodowany może zaspokoić je na podstawie umowy ubezpieczenia dobrowolnego (np. AC, *assistance*, cargo itd.), wówczas Fundusz wyrównuje szkodę jedynie w części, w której nie może być zaspokojona, wraz z uwzględnieniem utraconych zniżek składek oraz prawa do zniżek składek (art. 106 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych).

W ramach funkcji kompensacyjnej w związku z niewypłacalnością zakładów ubezpieczeń działających na terytorium Polski (rozumianej jako ogłoszenie upadłości zakładu albo oddalenie wniosku o ogłoszenie upadłości zakładu ubezpieczeń, jeżeli majątek dłużnika nie wystarcza na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego, albo umorzenie postępowania upadłościowego, jeżeli majątek dłużnika nie wystarcza na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego, albo zarządzenia likwidacji przymusowej zakładu ubezpieczeń, jeżeli roszczenia osób uprawnionych nie mogą być pokryte z aktywów stanowiących pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych) UFG zaspokaja natomiast roszczenia osób uprawnionych z:

- umów ubezpieczeń obowiązkowych OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i OC rolników (100% uznanych wierzytelności do wysokości minimalnej sumy gwarancyjnej, ochroną objęte są roszczenia osób fizycznych i prawnych),

- umów ubezpieczeń obowiązkowych budynków rolnych (100% uznanych wierzytelności do wysokości sumy ubezpieczenia, ochroną objęte są roszczenia osób fizycznych i prawnych),
- umów pozostałych ubezpieczeń obowiązkowych oraz umów ubezpieczenia na życie (50% uznanych wierzytelności, do kwoty nie większej niż równowartość w złotych 30 000 euro, według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski, obowiązującego w dniu zajścia jednej z ww. przesłanek wystąpienia niewypłacalności zakładu, ochroną objęte są roszczenia wyłącznie osób fizycznych).

Istotą funkcji kontrolno-represyjnej Funduszu jest kontrola spełnienia obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych lub OC rolników przez osobę zobowiązaną do dokonania takiej czynności oraz po ewentualnym nałożeniu na nią opłaty karnej za brak posiadania ważnej ochrony ubezpieczeniowej w jakimkolwiek przedziale czasowym w roku kalendarzowym przeprowadzenia kontroli (art. 88 ust. 1 ustawy). Sa ma kwestia uprawnień kontrolnych w zakresie spełnienia obowiązku zawarcia ww. umów ubezpieczenia została przyznana szeregu instytucjom. W odniesieniu do ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych uprawnienia weryfikacyjne przysługują Policji, organom celnym, Straży Granicznej, organom właściwym w sprawach rejestracji pojazdów, Inspekcji Transportu Drogowego (tzw. organy obowiązane do kontroli) oraz UFG, innym organom do kontroli ruchu drogowego i Inspekcji Ochrony Środowiska (tzw. organy uprawnione do kontroli). W przypadku ubezpieczenia OC rolników zadanie to spoczywa na wójtach/burmistrzach/prezydentach miast właściwych ze względu na miejsce położenia gospodarstwa rolnego lub zamieszkania rolnika (tzw. organy obowiązane do kontroli) oraz UFG i starostach właściwych ze względu na miejsce położenia gospodarstwa rolnego lub zamieszkania rolnika (tzw. organy uprawnione do kontroli). Prawo do nakładania i egzekwowania opłaty karnej za brak ww. ubezpieczeń OC (na podstawie zweryfikowanych ustaleń własnych i otrzymanych zawiadomień od ww. instytucji zewnętrznych) ustawodawca przyznał natomiast wyłącznie Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu. Wysokość opłaty karnej w danym roku kalendarzowym za brak ważnej umowy ubezpieczenia uzależniona jest od łącznego uwzględnienia następujących przesłanek:

- Wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę brutto, określonego w ustawie z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (w 2016 r. wynosi ono 1850 zł).
- Rodzaju pojazdu (w przypadku OC posiadaczy pojazdów mechanicznych) lub rodzaju ubezpieczenia (OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, OC rolników), którego opłata dotyczy:
  - samochody osobowe – równowartość 2-krotności minimalnego wynagrodzenia za pracę (OC posiadaczy pojazdów mechanicznych), tj. 3700 zł w 2016 r.,

- samochody ciężarowe, ciągniki samochodowe i autobusy – równowartość 3-krotności minimalnego wynagrodzenia za pracę (OC posiadaczy pojazdów mechanicznych), tj. 5500 zł w 2016 r.,
- pozostałe pojazdy – równowartość jednej trzeciej minimalnego wynagrodzenia za pracę (OC posiadaczy pojazdów mechanicznych), tj. 620 zł w 2016 r.,
- równowartość jednej dziesiątej minimalnego wynagrodzenia za pracę (OC rolników), tj. 190 zł w 2016 r.

▸ Okresu pozostawania bez ochrony ubezpieczeniowej (tzw. gradacja opłaty) (art. 88 ust. 2 i 3 ustawy):

- 20% wysokości opłaty bazowej – gdy okres ten nie przekracza 3 dni,
- 50% wysokości opłaty bazowej – gdy okres ten mieści się w przedziale 4–14 dni,
- 100% wysokości opłaty bazowej – gdy okres ten przekracza 14 dni.

Funkcja windykacyjno-regresowa Funduszu polega z kolei na tym, iż UFG z chwilą wypłaty odszkodowania i/lub świadczenia z tytułu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych lub OC rolników nabywa prawo (subrogacja) do żądania zwrotu wypłaconego odszkodowania (z uwzględnieniem kosztów likwidacji szkód) od osoby, która nie dopełniła obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązkowego, i sprawcy (jeśli są to dwie różne osoby) (art. 110 ust. 1 ustawy). Innymi słowy, występuje tutaj tzw. odpowiedzialność solidarna sprawcy (np. osoby kierującej pojazdem w chwili zdarzenia niebędącej jednocześnie właścicielem tego pojazdu) oraz osoby zobowiązanej do zawarcia umowy ubezpieczenia (np. właściciela pojazdu). Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny odstępuje zatem od dalszego prowadzenia postępowania regresowego, jeśli którykolwiek z ww. podmiotów dokona pełnego zwrotu kosztów, lub też UFG odstąpi od dochodzenia zwrotu części lub całości świadczenia albo udzieli ulgi w jego spłacie z uwagi na trudną sytuację materialną, majątkową i życiową zobowiązanego.

Począwszy od 1 maja 2004 r., Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny prowadzi również ogólnopolską bazę danych, w której gromadzone są określone informacje o ubezpieczeniach komunikacyjnych OC i Autocasco (w przypadku OC od 2014 r., a AC od 2006 r.), przekazywane drogą elektroniczną przez zakłady ubezpieczeń prowadzące działalność w Polsce w tym zakresie. W ramach prowadzonej bazy OI UFG, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny zbiera informacje dotyczące:

▸ zawartych umów OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i autocasco,

▸ zdarzeń skutkujących odpowiedzialnością zakadu ubezpieczeń z ww. umów ubezpieczenia, w tym: dane dotyczące uczestników zdarzenia, rodzaju szkody, zgłoszenia roszczenia oraz wypłaty odszkodowania lub świadczenia itd.,

▸ danych adresowych i kontaktowych do reprezentantów ds. roszczeń wyznaczonych w innych państwach UE przez zakłady ubezpieczeń działające w Polsce, (a od 1 stycznia 2016 r. również danych adresowych i kontaktowych do reprezentantów ds. roszczeń wyznaczonych w Polsce przez zakłady ubezpieczeń

prowadzące działalność ubezpieczeniową z tytułu OC komunikacyjnego w innych państwach członkowskich UE),

- danych adresowych i kontaktowych do organów odszkodowawczych wyznaczonych w innych państwach członkowskich UE (art. 102 ust. 2–4 ustawy).

Wymienione dane z bazy OI UFG (przechowywane przez 21 lat) udostępniane są nieodpłatnie wielu podmiotom, w tym m.in.: poszkodowanym, posiadaczom pojazdów mechanicznych, instytucjom ubezpieczeniowo-finansowym (np. zakładom ubezpieczeń, Rzecznikowi Finansowemu, Komisji Nadzoru Finansowego), instytucjom publicznym (np. organowi prowadzącemu centralną ewidencję pojazdów) oraz szeroko rozumianym instytucjom ścigania i bezpieczeństwa (np. sądowi i prokuraturze, Policji, Centralnemu Biuru Antykorupcyjnemu – jeżeli są im niezbędne w toczącym się postępowaniu). Ponadto, od 2012 r. UFG może wykorzystywać ww. dane na rzecz identyfikacji i weryfikacji zjawisk związanych z przestępczością ubezpieczeniową. Jednocześnie, począwszy od 1 stycznia 2016 r., do zadań Funduszu jako OI UFG należy tworzenie i prowadzenie bazy w zakresie niezbędnym do identyfikacji, weryfikacji i przeciwdziałania naruszeniu interesów uczestników rynku ubezpieczeniowego obejmującej w szczególności informacje o wypłaconych odszkodowaniach i świadczeniach z umów ubezpieczenia z działu I lub II. Innymi słowy na UFG spoczywać będzie zadanie rozbudowy i administrowania dotychczasowej komunikacyjnej bazy danych o filar ubezpieczeń na życie (dział I) i pozostałych osobowych i majątkowych (dział II) (art. 102a ust. 1–6 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych).

Ostatnia z funkcji ustawowych Funduszu – funkcja pomocowa została przydzielona UFG z dniem 1 stycznia 2004 r. Jej istotą jest umożliwienie kontynuacji ochrony ubezpieczeniowej w sytuacji zagrożenia niewypłacalnością zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność w zakresie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i/lub OC rolników według ujętych poniżej zasad (art. 99–101 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych):

- UFG może udzielić zwrotnej pomocy finansowej wyłącznie zakładowi ubezpieczeń zainteresowanemu przejęciem portfela ww. ubezpieczeń obowiązkowych od innego zagrożonego niewypłacalnością zakładu ubezpieczeń, jeżeli posiadane przez potencjalnie przejmujący zakład ubezpieczeń środki własne w wysokości co najmniej kapitałowego wymogu wypłacalności nie gwarantują w pełni jego wypłacalności;
- ewentualne udzielenie zwrotnej pożyczki finansowej (tj. uruchomienie funkcji pomocowej Funduszu) następuje wyłącznie na wniosek zakładu ubezpieczeń zainteresowanego przejęciem portfela ww. ubezpieczeń obowiązkowych; wniosek, o którym mowa powyżej powinien zawierać: 1) sprawozdania finansowe wraz z opinią biegłego rewidenta oraz 2) pozytywną opinię organu nadzoru co do celowości przejęcia ww. portfela ubezpieczeń obowiązkowych;
- zwrotna pożyczka finansowa może zostać udzielona, bez względu na dalsze istnienie zakładu ubezpieczeń, który portfel ten przekazał;

- wysokość zwrotnej pożyczki finansowej nie może przekroczyć wysokości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności, wynikających z przejmowanego ww. portfela ubezpieczeń obowiązkowych;
- zwrotna pożyczka finansowa może być przeznaczona przez zakład ubezpieczeń wyłącznie na zaspokojenie interesów uprawnionych z umów ubezpieczeń przejmowanego ww. portfela ubezpieczeń obowiązkowych, a więc jej celem jest zapewnienie płynności finansowej zakładu ubezpieczeń przejmującego portfel i tym samym ochrona osób uprawnionych,
- Fundusz sprawuje kontrolę nad prawidłowością wykorzystania przez zakład ubezpieczeń udzielonej pomocy finansowej.

Funkcja ta pozostaje na razie „w uśpieniu", ponieważ od momentu przyznania Funduszowi tej funkcji dotychczas żaden z zakładów ubezpieczeń nie wystąpił do UFG o udzielenie pożyczki[23].

2.3.3. Pozostałe wybrane ustawowe instytucje ubezpieczeniowe

Rzecznik Finansowy i jego Biuro (dalej również: Rzecznik) jest nową instytucją funkcjonującą na polskim rynku finansowym od 11 października 2015 r., której działalność w chwili obecnej reguluje ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. W kontekście sektora ubezpieczeń należy mieć jednak na uwadze, iż jest on prawnym sukcesorem funkcjonującego w latach 1995–2015 Rzecznika Ubezpieczonych (rozdział 6 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym). Rzecznik posiada osobowość prawną, a określone kompetencje nadzorcze nad jego działalnością posiada przede wszystkim Prezes Rady Ministrów (art. 34 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji). Wykonuje on swoje zadania przy pomocy podległego mu Biura, oraz maksymalnie trzech zastępców (powoływanych i odwoływanych na wniosek Rzecznika przez ministra właściwego ds. instytucji finansowych) (art. 18 ust. 1 i art. 19 ust. 1–2 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji). Rzecznika, wybieranego na 4 lata, powołuje Prezes Rady Ministrów na wniosek ministra właściwego ds. instytucji finansowych (art. 11 i 12 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji). Przy czym ta sama osoba może być Rzecznikiem najwyżej przez dwie kolejne kadencje.

[23] Należy wskazać, że Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na potrzeby udzielenia w przyszłości ewentualnej zwrotnej pożyczki finansowej gromadzi środki w ramach odrębnie administrowanego przez siebie tzw. funduszu pomocowego. W latach 2004–2011 fundusz ten zasilały, wnoszone w trybie kwartalnym, wpływy specjalnie dedykowanych na ten cel składek zakładów ubezpieczeń prowadzących w Polsce faktyczną działalność w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i/lub OC rolników (w wysokości 0,2% składki przypisanej brutto z ww. ubezpieczeń) oraz przychody z działalności lokacyjnej z tytułu zgromadzonych na nim środków. Począwszy od 1 stycznia 2011 r. jedyne źródło przychodów stanowią przychody z działalności lokacyjnej. Według stanu na koniec 2014 r. stan funduszu pomocowego UFG osiągnął wartość 117,6 mln zł.

Działalność Rzecznika Finansowego i jego Biura finansowana jest praktycznie wyłącznie przez podmioty rynku finansowego (art. 20 ust. 1 pkt 1–9 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji). Po stronie sektora ubezpieczeń gospodarczych, podmiotami zobowiązanymi do finansowania działalności Rzecznika są krajowe i zagraniczne zakłady ubezpieczeń (w tym oddziały główne oraz działające na zasadzie oddziału i swobody świadczenia usług) prowadzące faktyczną działalność w Polsce (zawieranie umów) zarówno w dziale I, jak i w dziale II.

Zgodnie z ustawą o rozpatrywaniu reklamacji, należy pokreślić, że podstawowym zadaniem Rzecznika w ramach sektora ubezpieczeń jest podejmowanie działań w celu zapewnienia ochrony klientów, polegających na przestrzeganiu praw ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych i poszkodowanych przez innych uczestników sektora ubezpieczeń (zwłaszcza, choć nie tylko, przez zakłady ubezpieczeń). Przedmiotem działalności Rzecznika Finansowego jest w szczególności (art. 17 ust. 1 pkt 1–6 i ust. 2 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji):

- rozpatrywanie wniosków w indywidualnych sprawach, wniesionych na skutek nieuwzględnienia roszczeń klienta (definiowanego w ustawie w odniesieniu do sektora ubezpieczeń jako osoba fizyczna będąca ubezpieczającym, ubezpieczonym, uposażonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia bądź też osoba fizyczna dochodząca roszczeń od UFG lub PBUK) przez podmiot rynku finansowego (definiowanego w ustawie w odniesieniu do sektora ubezpieczeń jako krajowy lub zagraniczny zakład ubezpieczeń lub główny oddział zagranicznego zakładu ubezpieczeń oraz UFG i PBUK) w trybie rozpatrywania reklamacji (definiowanej w ustawie jako wystąpienie skierowane do podmiotu rynku finansowego przez jego klienta, w którym klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez podmiot rynku finansowego; odpowiedź podmiotu finansowego na reklamację musi nastąpić w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, chyba że chodzi o szczególnie skomplikowany przypadek; szerzej na jego temat w punkcie poniżej) (art. 2 ust 1 pkt 1 a)–b), pkt 2, pkt 3 f) i i) oraz art. 6 i 7 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji)[24];
- rozpatrywanie wniosków dotyczących niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą klienta w terminie tej ustawy (tj. chodzi o wnioski dotyczące spraw, w których podmiot finansowy poinformował klienta, że udzielenie odpowiedzi na reklamację w terminie 30 dni nie jest możliwe; zgodnie bowiem z zapisami tej ustawy, podmiot finansowy ma prawo w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji poinformować klienta, że z uwagi na skomplikowany charakter tego przypadku, odpowiedź na reklamację zostanie udzielona w terminie późniejszym; w takiej sytuacji jednak podmiot rynku finansowego musi przekazać informację klientowi, który wystąpił z reklamacją, w której: 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia, 2) wskazuje okoliczności, których ustalenie jest niezbędne

[24] Ponadto, zgodnie z art. 32 ust. 1, w przypadku stwierdzenia przez Rzecznika Finansowego naruszenia obowiązków związanych z procedurą reklamacyjną przez dany podmiot finansowy, Rzecznik może w drodze decyzji nałożyć na ten podmiot karę pieniężną do wysokości 100 tys. zł.

dla rozpatrzenia sprawy oraz 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji) (art. 7 i 9 pkt 4 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji)[25];

- opiniowanie projektów aktów prawnych dotyczących organizacji i funkcjonowania podmiotów rynku finansowego (w tym ubezpieczeniowego);
- informowanie właściwych organów nadzoru i kontroli o dostrzeżonych nieprawidłowościach w funkcjonowaniu podmiotów rynku finansowego (w tym ubezpieczeniowego);
- inicjowanie i organizowanie działalności edukacyjnej i informacyjnej w dziedzinie ochrony interesów klientów podmiotów rynku finansowego (w tym ubezpieczeniowego);
- prowadzenie pozasądowych postępowań w sprawie rozwiązywania sporów między klientami podmiotów rynku finansowego (w tym ubezpieczeniowego) a tymi podmiotami.

Polska Izba Ubezpieczeń (dalej: również PIU lub Izba) jest posiadającą osobowość prawną instytucją funkcjonującą na polskim rynku ubezpieczeń od 1990 r., której działalność w chwili obecnej reguluje ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (rozdz. 16 tej ustawy obejmujący art. 420–429). Jej organami statutowymi są: Walne Zgromadzenie PIU, Komisja Rewizyjna PIU oraz Zarząd PIU (art. 424 ust. 2 pkt 1–3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej). Ten ostatni organ, wybierany na 3 lata, odpowiedzialny jest za bieżące kierowanie pracami Izby i składa się co najmniej z dwóch członków: prezesa i wiceprezesa (przy czym liczba członków Zarządu PIU na daną kadencję ustalana jest każdorazowo przez Walne Zgromadzenie) (§ 21 ust. 1 i 4, Statutu Polskiej Izby Ubezpieczeń).

Działalność PIU jest finansowana w głównej mierze przez jej członków (§ 28 ust. 3, Statutu Izby). Członkami Izby, na zasadzie obligatoryjności, są krajowe i zagraniczne zakłady ubezpieczeń (w tym oddziały główne oraz działające na zasadzie oddziału) z chwilą podjęcia na terytorium Polski działalności ubezpieczeniowej w dziale I albo w dziale II (z tym jednak, że prawa członkowskie w PIU mogą one wykonywać po powiadomieniu Izby o podjęciu tej działalności)[26]. Członkami Izby, na zasadzie dobrowolności, mogą również stać się zakłady reasekuracyjne (art. 422 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej). Według stanu na koniec 2014 r. członkami PIU było w sumie 79 zakładów ubezpieczeń (31 w dziale I i 48 w dziale II), z czego 60 stanowiły zakłady krajowe, a 19 zagraniczne (wszystkie

[25] Ponadto również w odniesieniu do wydłużonego postępowania reklamacyjnego ma zastosowanie zapis o możliwości nałożenia przez Rzecznika ww. kary finansowej.

[26] Zob. art. 422 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz § 7 ust. 1 i 2 Statutu Polskiej Izby Ubezpieczeń.

z nich prowadziły działalność na zasadzie oddziału) oraz 1 zakład reasekuracji [Raport roczny Polskiej Izby Ubezpieczeń, 2014, s. 133–141][27].

Zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej, należy pokreślić, że podstawowym zadaniem Polskiej Izby Ubezpieczeń jako ubezpieczeniowego samorządu gospodarczego jest reprezentowanie i podejmowanie działań w celu ochrony wspólnych interesów członków Izby. Przedmiotem działalności PIU jest w szczególności (art. 426 ust. 2 pkt 1–9 ustawy o działalności ubezpieczeniowej):

- reprezentowanie członków Izby wobec organów władzy publicznej oraz podejmowanie działań w celu ochrony ich interesów,
- wyrażanie opinii o projektach aktów prawnych zawierających regulacje dotyczące działalności ubezpieczeniowej lub z nią związane i współdziałanie na wniosek przy ich opracowywaniu,
- reprezentowanie członków Izby w międzynarodowych organizacjach ubezpieczeniowych,
- współdziałanie z organizacjami, stowarzyszeniami i instytucjami krajowymi i zagranicznymi w zakresie ubezpieczeń,
- inicjowanie i wykonywanie działalności edukacyjnej i informacyjnej w dziedzinie ubezpieczeń oraz współpraca w zakresie szkolenia i doskonalenia zawodowego kadr ubezpieczeniowych,
- pozyskiwanie, gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie informacji o funkcjonowaniu rynków ubezpieczeniowych w kraju i za granicą oraz opracowywanie na ich podstawie i udostępnianie dla potrzeb działalności ubezpieczeniowej analiz i prognoz oraz wydawanie biuletynu Izby,
- stwarzanie możliwości polubownego i pojednawczego rozstrzygania sporów między członkami Izby,
- tworzenie i wykonywania informatycznych baz danych w zakresie statystyki ubezpieczeniowej,
- tworzenie systemu rozliczeń i dokonywanie rozliczeń pomiędzy zakładami ubezpieczeń wykonującymi na zlecenie innego zakładu czynności ubezpieczeniowe oraz gromadzenie i udostępnianie informacji dotyczących rozliczeń między uczestnikami tego systemu.

Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (dalej również: PBUK lub Biuro) jest instytucją funkcjonującą na polskim rynku ubezpieczeń jako instytucja ustawowa od 1 stycznia 2004 r., której działalność w chwili obecnej reguluje ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (przede wszystkim rozdział 8 tej ustawy obejmujący art. 120–140)[28]. PBUK ma oso-

[27] Należy zaznaczyć, że jakkolwiek ww. raport obejmował rok 2014, w przypadku zestawienia listy zakładów wykonujących działalność ubezpieczeniową w Polsce przedstawiał stan na dzień 2 czerwca 2015 r.

[28] Odnosząc się do niektórych zadań realizowanych obecnie przez PBUK, należy wskazać, że na przestrzeni ostatnich lat (w zakresie Systemu Zielonej Karty i biura narodowego) były one

bowość prawną, a nadzór nad jego działalnością sprawuje minister właściwy ds. instytucji finansowych (art. 120 ust. 2, art. 139 ust. 3 i 4 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych). Jego organami statutowymi są: Walne Zgromadzenie Członków Biura, Rada Biura oraz Zarząd Biura (art. 139 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych). Ten ostatni organ, wybierany na 4 lata, odpowiedzialny jest za bieżące kierowanie pracami Biura i składa się z dwóch członków: prezesa i wiceprezesa[29].

Działalność PBUK głównie jest finansowana przez jego członków. Członkami Biura, na zasadzie obligatoryjności, są krajowe i zagraniczne zakłady ubezpieczeń (w tym działające w formie głównych oddziałów lub oddziałów, lub swobody świadczenia usług), prowadzące działalność ubezpieczeniową na terytorium Polski w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Przy czym, uściślając, stają się one członkami Biura z dniem uzyskania zezwolenia na wykonywanie działalności w tej grupie ubezpieczeń wydanego przez polski organ nadzoru (uwaga ta dotyczy zakładów krajowych i zagranicznych oddziałów głównych) oraz z dniem łącznego spełnienia dwóch przesłanek, tj. posiadania zezwolenia na wykonywanie działalności w tej grupie ubezpieczeń wydanego przez macierzysty organ nadzoru z państwa członkowskiego UE właściwego dla siedziby głównej zakładu i złożenia deklaracji członkowskiej tego zakładu do Biura (zakłady zagraniczne z innych państw członkowskich UE zamierzające prowadzić działalność w Polsce poprzez oddział lub na zasadzie swobody świadczenia usług) (art. 121 ust. 1–4, ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych). Według stanu na koniec 2014 r. członkami PBUK były w sumie 33 zakłady, z czego 22 stanowiły zakłady krajowe, zaś 11 zagraniczne, w tym 5 działających na zasadzie oddziału i 6 na zasadzie swobody świadczenia usług (Sprawozdanie z działalności Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, 2014 r.).

Zgodnie z ustawą o ubezpieczeniach obowiązkowych, Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych pełni cztery funkcje ustawowe:

1) biura narodowego,
2) organu odszkodowawczego,

wykonywane przez różne podmioty. Od 1958 r. polski rynek ubezpieczeń był reprezentowany w Systemie Zielonej Karty przez Państwowy Zakład Ubezpieczeń, od 1960 r. aż do końca 1990 r. zadania te przejęło Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Warta, natomiast w okresie od 1 stycznia 1991 r. do 30 czerwca 1996 r. – Polskie Biuro Zielonej Karty. Począwszy od 1 lipca 1996 aż do 31 grudnia 2003 r., zadania polskiego biura narodowego realizowane były już przez instytucję ustawową, tj. Polskie Biuro Ubezpieczeń Komunikacyjnych, które zgodnie z obecnie obowiązującą ustawą o ubezpieczeniach obowiązkowych od 1 stycznia 2004 r. wykonywane są przez Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Należy w tym miejscu podkreślić, iż aktualna na dzień dzisiejszy ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych nie tylko wprowadziła zmianę nazwy tej instytucji, lecz przede wszystkim przyznała PBUK szereg nowych prerogatyw wykraczających poza System Zielonej Karty i funkcje biura narodowego.

[29] § 14 ust. 1 i 2 Załącznik 1 do obwieszczenia Ministra Finansów z dnia 20 czerwca 2007 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu statutu Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

3) ośrodka informacji (w rozumieniu IV dyrektywy komunikacyjnej)[30],

4) organu centralnego (w rozumieniu V dyrektywy komunikacyjnej)[31].

Uszczegóławiając, przedmiotem działalności Biura jest[32]:

- Określanie (jako polskie biuro narodowe) zasad i trybu dystrybucji dokumentów ubezpieczeń granicznych (w szczególności ustalanie wzorów tych dokumentów) oraz ich ewidencjonowanie.
- Wystawianie (jako polskie biuro narodowe) dokumentów ubezpieczeniowych (certyfikatów Zielonych Kart) ważnych w innych państwach Systemu Zielonej Karty.
- Zawieranie (jako polskie biuro narodowe) z Biurami Narodowymi z innych państw Systemu umów o wzajemnym uznawaniu dokumentów ubezpieczeniowych.
- Organizowanie (jako polskie biuro narodowe) likwidacji szkód lub bezpośrednia likwidacja szkód spowodowanych na terytorium Polski (poszkodowanymi są najczęściej osoby mające miejsce zamieszkania/siedzibę i kierujące pojazdami zarejestrowanymi w naszym kraju) przez posiadaczy pojazdów mechanicznych zarejestrowanych za granicą:
  - tj. w państwach, których Biura Narodowe nie są sygnatariuszami Porozumienia Wielostronnego (np. Białoruś, Izrael, Maroko, Rosja, Ukraina) i posiadających ważne dokumenty ubezpieczeniowe (certyfikaty Zielonej Karty) wystawione przez te Biura,
  - tj. w państwach, których Biura Narodowe są sygnatariuszami Porozumienia Wielostronnego (tj. kraje Europejskiego Obszaru Gospodarczego, Andora, Szwajcaria i Serbia), bez względu na fakt posiadania przez nich ważnych dokumentów ubezpieczeniowych (tj. krajowych dokumentów OC posiadaczy pojazdów mechanicznych); kierującym pojazdami zarejestrowanymi w tych państwach do przekraczania granic wystarcza krajowe ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i obowiązuje tutaj tzw. domniemane pokrycie ubezpieczeniowe, sprowadzające się do zasady,

[30] Dyrektywa 2000/26/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 16 maja 2000 r. w związku z używaniem pojazdów mechanicznych i zmieniająca dyrektywy 73/239/EWG i 88/357/EWG Rady. Aktualnie jej postanowienia zostały transponowane do Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/103/WE z dnia 16 września 2009 r. w sprawie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z ruchem pojazdów mechanicznych i egzekwowania obowiązku ubezpieczania od takiej odpowiedzialności (wersja ujednolicona).

[31] Dyrektywa 2005/14/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 maja 2005 r. zmieniająca dyrektywy Rady 72/166/EWG, 84/5/EWG, 88/357/EWG, 90/232/EWG oraz dyrektywę 2000/26/WE Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczące ubezpieczenia w zakresie odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z ruchem pojazdów mechanicznych. Aktualnie jej postanowienia zostały transponowane do Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/103/WE z dnia 16 września 2009 r. w sprawie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z ruchem pojazdów mechanicznych i egzekwowania obowiązku ubezpieczania od takiej odpowiedzialności (wersja ujednolicona).

[32] Art. 122 ust. 1 i 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych; Sprawozdanie z działalności Polskiego Biura Ubezpieczycieli oraz http://www.pbuk.pl

że tablice rejestracyjne pojazdu zarejestrowanego w jednym z państw Porozumienia, stanowią domniemanie posiadania ważnego krajowego ubezpieczenia OC w innych krajach, których Biura Narodowe są sygnatariuszami tego Porozumienia.

- Udzielanie zagranicznym Biurom Narodowym gwarancji wypełniania zobowiązań (jako polskie biuro narodowe) wynikających ze zdarzeń spowodowanych za granicą przez kierujących pojazdami zaopatrzonymi w polskie tablice rejestracyjne lub polskie dokumenty ubezpieczeniowe oraz odpowiedzialność prawna i finansowa za zobowiązania członków PBUK,
- Bezpośrednia likwidacja szkód (jako polski organ odszkodowawczy) poniesionych przez poszkodowanego lub uprawnionego do odszkodowania, mającego miejsce zamieszkania lub siedzibę w Polsce, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące przesłanki:
  - zdarzenie powstało za granicą, tj. na terenie państwa EOG innego niż Polska lub na terenie państwa trzeciego należącego do Systemu Zielonej Karty (np. Niemcy),
  - roszczenie powstało w związku z ruchem pojazdów zarejestrowanych w państwach EOG innych niż Polska (np. Niemcy),
  - w terminie 5 miesięcy od zgłoszenia roszczenia przez poszkodowanego do zakładu ubezpieczeń sprawcy lub jego reprezentanta ds. roszczeń ustanowiony w państwie zamieszkania/siedziby poszkodowanego – zakład ubezpieczeń sprawcy albo ww. reprezentant ds. roszczeń nie udzielił odpowiedzi na zgłoszone roszczenie wraz z uzasadnieniem, bądź też zakład ubezpieczeń sprawcy w ogóle nie ustanowił reprezentanta ds. roszczeń w kraju poszkodowanego,
  - poszkodowany nie wystąpił na drogę sądową przeciwko zakładowi ubezpieczeń, który w chwili wystąpienia zdarzenia zapewniał ochronę ubezpieczeniową OC kierującym pojazdem mechanicznym, którego ruchem spowodowano szkodę.

PBUK (jako polski organ odszkodowawczy) przeprowadza też bezpośrednią likwidację szkód poniesionych przez poszkodowanego lub uprawnionego do odszkodowania, mającego miejsce zamieszkania lub siedzibę w Polsce, powstałych w ww. okolicznościach (tj. zdarzenie powstało za granicą itd.) w sytuacji gdy niemożliwa jest identyfikacja pojazdu sprawcy (tzw. sprawca niezidentyfikowany) lub jeżeli w okresie dwóch miesięcy od zdarzenia niemożliwa jest identyfikacja zakładu ubezpieczeń sprawcy (tzw. sprawca nieubezpieczony).

- Ustalanie i nieodpłatne udostępnianie informacji (jako polski ośrodek informacji w zakresie transgranicznych zdarzeń drogowych):
  - gdy poszkodowany lub uprawniony do odszkodowania, mający miejsce zamieszkania lub siedzibę w Polsce, który poniósł szkodę za granicą, tj. na terenie państwa EOG innego niż Polska lub na terenie państwa trzeciego

należącego do Systemu Zielonej Karty, gdzie sprawcą był kierujący pojazdem zarejestrowanym w państwie EOG innym niż Polska, wraca do kraju i zgłasza zapytanie do PBUK (podając określone informacje dotyczące sprawcy, takie jak numer rejestracyjny pojazdu, kraj rejestracji pojazdu), w jakim zakładzie ubezpieczeń zagraniczny sprawca zdarzenia był ubezpieczony oraz kto jest reprezentantem ds. roszczeń tego zakładu działającym w Polsce; PBUK uzyskuje tego rodzaju informacje od ośrodka informacji ustanowionego w państwie EOG rejestracji pojazdu sprawcy;

– gdy zagraniczny ośrodek informacji z państwa EOG (np. z Niemiec), na wniosek poszkodowanego lub uprawnionego do odszkodowania zamieszkałego w tym państwie (tj. w Niemczech), poniósł szkodę za granicą, tj. na terenie państwa EOG innego niż Niemcy lub na terenie państwa trzeciego należącego do Systemu Zielonej Karty, gdzie sprawcą był kierujący pojazdem zarejestrowanym w Polsce, zgłasza zapytanie do PBUK (podając określone informacje dotyczące sprawcy, takie jak numer rejestracyjny pojazdu, kraj rejestracji pojazdu), w jakim zakładzie ubezpieczeń polski sprawca zdarzenia był ubezpieczony oraz kto jest reprezentantem ds. roszczeń ww. zakładu w Niemczech; PBUK uzyskuje tego rodzaju informacje od UFG, który zarządza w Polsce bazą danych ośrodka informacji.

▸ Gromadzenie i nieodpłatne udostępnianie informacji (jako polski organ centralny) zakładom ubezpieczeń – członkom PBUK; jest to rejestr wypadków prowadzony na bazie informacji przekazywanych przez policję, zawierający dane na temat uczestników wypadku (w tym dane dotyczące dowodów ubezpieczenia OC, nazw zakładów ubezpieczeń, wskazanie sprawcy wypadku, jak również informacje o wystąpieniu o wszczęcie postępowania karnego wobec sprawcy).

Słowa kluczowe

- Baza OI UFG
- BION
- Funkcja regulacyjno-ostrożnościowa organu nadzoru
- Komisja Nadzoru Finansowego
- Niewypłacalność zakładów ubezpieczeń
- Ochrona interesów nieprofesjonalnych uczestników sektora ubezpieczeń
- Odpowiedzialność solidarna
- Organ odszkodowawczy
- Ośrodek informacji dla transgranicznych zdarzeń drogowych
- Polska Izba Ubezpieczeń
- Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych
- Rzecznik Finansowy
- Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny

Pytania kontrolne

1. Czy KNF wydaje licencje na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej zagranicznym zakładom ubezpieczeń?
2. Co to jest i na czym polega BION?
3. Jakiego rodzaju spory ma prawo rozstrzygać Sąd Polubowny przy KNF?
4. Jakie roszczenia może zaspokajać UFG z tytułu szkód spowodowanych w Polsce w ruchu drogowym przez tzw. niezidentyfikowanego sprawcę w zakresie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych?
5. Na czym polega istota funkcji pomocowej realizowanej przez UFG?
6. Od czego zależy wysokość opłaty karnej za brak ważnego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów komunikacyjnych?
7. Co to jest reklamacja? Jaka jest rola Rzecznika Finansowego w postępowaniu (trybie) reklamacyjnym?
8. Wskaż przynajmniej trzy zadania realizowane przez PIU.
9. W jakich sytuacjach PBUK może działać jako polski organ odszkodowawczy?
10. Jakie zakłady mają obowiązek finansować PBUK?

2.4. Pośrednictwo ubezpieczeniowe

T. Bednarczyk

Pośrednictwo ubezpieczeniowe jest związane z organizacją dystrybucji ubezpieczeń opartych na zasadach rynkowych. Prowadzenie działalności ubezpieczeniowej na skalę masową wymaga korzystania z pomocy wielu osób mających profesjonalne przygotowanie do zawierania umów ubezpieczeniowych. Pośrednicy ubezpieczeniowi – agenci oraz brokerzy ubezpieczeniowi i reasekuracyjni świadczą szereg usług zarówno zakładom ubezpieczeń, jak i ich klientom. Agenci ubezpieczeniowi, jako stali reprezentanci ubezpieczycieli, współpracują głównie z segmentem klientów indywidualnych i gospodarstw domowych. Współuczestniczą w świadczeniu ochrony ubezpieczeniowej. Najważniejszym ich zadaniem jest pozyskiwanie składki ubezpieczeniowej. Brokerzy ubezpieczeniowi reprezentują interesy klientów w procesie zakupu przez nich produktów ubezpieczeniowych. Niejednokrotnie przyczyniają się do modyfikacji istniejących produktów ubezpieczeniowych, budują również nowe lub powiększają istniejące segmenty rynku. Brokerzy reasekuracyjni pośredniczą w zawieraniu umów reasekuracji, w wyniku których następuje wtórny transfer ryzyka ubezpieczeniowego między ubezpieczycielami.

Działalność pośredników ubezpieczeniowych wymaga bardzo różnorodnych umiejętności i zdolności oraz działań etycznych. Pośrednicy ubezpieczeniowi czynią ubezpieczenia bardziej dostępnymi dla gospodarstw domowych i przedsiębiorstw. W niniejszym podrozdziale omówiono kompetencje oraz znaczenie agentów i brokerów ubezpieczeniowych w dystrybucji ubezpieczeń.

2.4.1. Pojęcie i istota pośrednictwa ubezpieczeniowego

Dystrybucja produktów ubezpieczeniowych jest jednym z najważniejszych elementów strategii biznesowej każdego zakładu ubezpieczeń. Produkty ubezpieczeniowe są oferowane zarówno drogą bezpośrednią (etatowi pracownicy, Internet, telefon), jak i z wykorzystaniem pośredników ubezpieczeniowych. W świetle prawa unijnego pośrednictwo ubezpieczeniowe jest to działalność odpłatna, zawodowa, polegająca na prezentacji produktów ubezpieczeniowych, pośredniczeniu w zawieraniu umów ubezpieczenia lub wykonywaniu innych czynności przygotowawczych do ich zawarcia, a także pomaganiu w administrowaniu tymi umowami, co dotyczy także likwidacji szkód i spraw o wypłatę świadczeń ubezpieczeniowych[33].

Pośrednictwo ubezpieczeniowe nie jest rodzajem działalności ubezpieczeniowej, chociaż wykazuje z nią liczne związki funkcjonalne [Chróścicki, 2008, s. 16]. **Działalność ubezpieczeniowa** polega na oferowaniu, w zamian za składkę, ochrony ubezpieczeniowej i może być wykonywana jedynie przez zakłady ubezpieczeń lub zakłady ubezpieczeń i reasekuracji. **Pośrednictwo ubezpieczeniowe** jest działalnością gospodarczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. Nr 173, poz. 1807 i Nr 291, poz. 2777).

Pośrednicy ubezpieczeniowi, jako przedsiębiorcy, są podmiotami zewnętrznymi wobec zakładu ubezpieczeń. Są osobami trzecimi w rozumieniu organizacyjnym i prawnym, które wykonują określone czynności profesjonalnie i odpłatnie, na zlecenie jednej ze stron umowy ubezpieczenia (ubezpieczającego lub ubezpieczyciela). Pośrednicy ubezpieczeniowi wykonują szereg czynności zarówno dla zakładów ubezpieczeń, jak i dla ich klientów[34]. Odgrywają główną rolę w dystrybucji produktów ubezpieczeniowych oraz upowszechnianiu ubezpieczeń poprzez uświadamianie zagrożeń i rozpowszechnianie informacji o ubezpieczeniach. Pełnią też istotną rolę w procesie likwidacji szkód.

Ogólnie można powiedzieć, że działalność pośredników ubezpieczeniowych skraca drogę między ubezpieczycielami a klientami, ułatwiając ich wzajemne kontakty. Pośrednicy ubezpieczeniowi pełnią też inne ważne funkcje. Poprzez swoją działalność przyczyniają się do zmniejszania tzw. asymetrii informacji, i to zarówno przed, jak i po zawarciu umowy ubezpieczenia. Przyczyniają się do umasowienia ubezpieczeń i podnoszenia świadomości ubezpieczeniowej oraz wzmacniania

[33] Dyrektywa 2002/92/ WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 grudnia 2002 r. w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego (*Insurance Mediation Directive*) (Dz.Urz. UE L. 9 z 15.1.2003, s. 3 z późn. zm.), dalej zwana IMD, określa minimalne standardy regulacji w krajach UE. Dyrektywa ta będzie wkrótce zastąpiona nową dyrektywą w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (*Insurance Distribution Directive* – IDD), która została zatwierdzona przez Radę UE w dniu 14 grudnia 2015 r. Projekt dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie dystrybucji ubezpieczeń, opublikowany dnia 3 grudnia 2015 r., http://data.consilium.europa.eu/doc/document/PE-49-2015-INIT/pl/pdf (dostęp 28.12.2015 r.).

[34] Szerzej na ten temat zob. [Kaczała, 2009, s. 249].

pozycji ubezpieczającego i ubezpieczonego. Uwiarygodniają względem siebie strony umowy ubezpieczenia.

2.4.2. Rodzaje pośredników

W świetle prawa unijnego wyróżnia się dwa typy pośredników ubezpieczeniowych: **zależnych i niezależnych** oraz instytucje kredytowe mające status tzw. operatorów ***bancassurance*** [IMD 2002/92/EC]. **Pośrednikiem zależnym** jest podmiot, który wykonuje czynności fizyczne lub prawne związane z zawieraniem i obsługą umów ubezpieczeniowych dla/lub w imieniu jednego zakładu lub większej liczby zakładów ubezpieczeń, w przypadku gdy oferowane produkty ubezpieczeniowe nie są wobec siebie konkurencyjne. Pełną odpowiedzialność za ewentualne szkody finansowe wyrządzone klientom w związku z działalnością pośredników zależnych ponoszą te zakłady ubezpieczeń, których produkty oni dystrybuują[35].

Zależność pośredników ubezpieczeniowych od zakładów ubezpieczeń jest zróżnicowana. Wyróżnia się **pośredników negocjujących** oraz **pośredników pełnomocników**. Zadaniem pośredników negocjujących (pośrednicy sensu stricto) jest wykonywanie pomocniczych czynności akwizycyjnych, takich jak: przedstawienie oferty ubezpieczyciela, wykonanie czynności przygotowawczych poprzedzających zawarcie umowy. Nie są oni samodzielnymi przedsiębiorcami, lecz pracują na ogół na rzecz agenta ubezpieczeniowego na podstawie zawartych umów. Pośrednicy pełnomocnicy są upoważnieni do stałego zawierania umów w imieniu i na rzecz zakładów ubezpieczeń, z którymi mają podpisane umowy agencyjne, i w ramach danego im umocowania.

Pośrednicy niezależni nie są związani z żadnym konkretnym zakładem ubezpieczeń ani z żadną inną instytucją finansową (np. bankiem czy towarzystwem funduszy inwestycyjnych). Ich rolą jest przekazywanie klientom wiedzy merytorycznej na temat planowania ich finansów osobistych i ochrony finansowej ich majątku rzeczowego. Pośrednicy niezależni mogą doprowadzić do zakupu różnych produktów finansowych, takich jak np.: produkty ubezpieczeniowe, kredyty konsumpcyjne i hipoteczne, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych. Mogą pośredniczyć także w zakładaniu rachunków bankowych lub dystrybucji kart bankowych.

Przedmiotowy oraz podmiotowy zakres pośrednictwa ubezpieczeniowego ulegnie poważnym zmianom jakościowym w wyniku zakończonych w grudniu 2015 r. prac nad nową dyrektywą w sprawie dystrybucji ubezpieczeń (Insurance Distribution Directive – IDD). Z uwagi na to, że IDD w miejsce pośrednictwa ubezpieczeniowego przyjmuje koncepcję dystrybucji ubezpieczeniowej, katalog podmiotów objętych regulacją jest znacznie szerszy niż dyrektywą IMD. Jedna z podstawowych

[35] Art. 2 pkt 7 dyrektywy IMD.

zmian polega na objęciu nową dyrektywą nie tylko agentów, brokerów i operatorów *bancassurance*, ale także nieprofesjonalnych pośredników ubezpieczeniowych oraz same towarzystwa ubezpieczeniowe, co jest uznawane za zmianę najdalej idącą. Nowa dyrektywa w znacznym stopniu uwzględnia dynamiczny rozwój dystrybucji ubezpieczeń z wykorzystaniem nowoczesnych narzędzi porozumiewania się na odległość, w tym zawierania umów ubezpieczeń za pośrednictwem stron internetowych i innych mediów.

Na gruncie nowej regulacji unijnej można wydzielić trzy kategorie dystrybutorów ubezpieczeń: klasycznych pośredników ubezpieczeniowych, pośredników oferujących ubezpieczenia uzupełniające oraz same towarzystwa ubezpieczeń (Projekt IDD). Klasyczni pośrednicy ubezpieczeniowi w świetle nowej dyrektywy to osoby fizyczne lub prawne, inne niż zakłady ubezpieczeń lub zakłady reasekuracji lub ich pracownicy, którzy prowadzą działalność z zakresu dystrybucji ubezpieczeń za wynagrodzeniem. Drugą grupę stanowią tzw. pośrednicy oferujący ubezpieczenia uzupełniające, do których zalicza się osoby fizyczne lub prawne, inne niż instytucje kredytowe lub firmy inwestycyjne, które za wynagrodzeniem podejmują lub prowadzą działalność z zakresu dystrybucji ubezpieczeń, ale działalność ta nie stanowi ich działalności głównej, lecz działalność uboczną. Trzecia grupa dystrybutorów ubezpieczeń to zakłady ubezpieczeń i ich pracownicy, które dotychczas nie były objęte przepisami dyrektywy o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Projekt IDD). Państwa członkowskie UE będą miały 2 lata na wdrożenie przepisów nowej dyrektywy do krajowych porządków prawnych.

W Polsce podstawowym aktem prawnym, regulującym zagadnienia związane z pośrednictwem ubezpieczeniowym jest ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym. W świetle tej ustawy, która stanowi implementację dyrektywy IMD, do pośredników ubezpieczeniowych zalicza się: agentów ubezpieczeniowych wyłącznych, multiagentów oraz brokerów ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych (art. 2 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym). Ustawa o pośrednictwie ubezpieczeniowym nie zapewnia jednak pełnej spójności z zapisami dyrektywy IMD. Agent ubezpieczeniowy wyłączny jest odpowiednikiem pośrednika zależnego, multiagent – pośrednika względnie niezależnego, a broker – pośrednika niezależnego. W ustawie o pośrednictwie ubezpieczeniowym nie uregulowano zasad oferowania produktów ubezpieczeniowych dla klientów banków (bancassurance), chociaż prawo polskie nie wyklucza banków jako pośredników ubezpieczeniowych[36]. W świetle ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym za profesjonalnych pośredników ubezpieczeniowych nie uznaje się podmiotów sprzedających ubezpieczenia w ramach działalności dodatkowej, obok ich działalności podstawowej, np. biur podróży oferujących dla swoich klientów ubezpieczenia

[36] Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Prawo bankowe (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 128 z późn. zm.), w pkt 6 i 7 zezwala bankom na świadczenie usług konsultacyjno-doradczych w sprawach finansowych oraz innych usług finansowych.

turystyczne czy marketów RTV – AGD, oferujących ubezpieczenia kupowanego towaru. Przepisy ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym nie odnoszą się również do podmiotów świadczących morskie usługi agencyjne lub morskie usługi maklerskie w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 18 września 2001 r. – Kodeks morski [Dz.U. Nr 138, poz. 1545, z późn. zm.].

W świetle prawa krajowego agent ubezpieczeniowy jest samodzielnym przedsiębiorcą powiązanym z ubezpieczycielem umową agencyjną. Działalność gospodarcza w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego może być prowadzona w różnych formach organizacyjnoprawnych. Agent ubezpieczeniowy może być osobą fizyczną lub osobą prawną (spółka akcyjna lub z o.o.), a nawet osobą niemającą osobowości prawnej (spółka jawna, partnerska, komandytowa – poza spółką cywilną). Przedsiębiorcy działający jednoosobowo muszą zarejestrować swoją działalność w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, którą prowadzi Ministerstwo Rozwoju (wcześniej Ministerstwo Gospodarki). W przypadku wyboru działalności w formie spółki osobowej albo kapitałowej rejestracji dokonuje się w Krajowym Rejestrze Sądowym, prowadzonym przez sądy rejonowe właściwe ze względu na siedzibę tworzonej spółki.

Przedsiębiorca uzyskuje **status agenta ubezpieczeniowego** po spełnieniu kilku warunków, w tym po: zarejestrowaniu swojej działalności w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego, zawarciu umowy agencyjnej z zakładem ubezpieczeń oraz dokonaniu wpisu do rejestru agentów ubezpieczeniowych. Umowa agencyjna regulowana jest przepisami kodeksu cywilnego. Zawierana jest na dłuższy okres, z reguły na czas nieoznaczony, rzadziej na czas oznaczony. Agent ubezpieczeniowy jest upoważniony przez ubezpieczyciela, w ramach przyznanego mu umocowania, do stałego zawierania umów ubezpieczenia w imieniu i na jego rzecz lub pośredniczenia przy zawieraniu tych umów[37].

Centralny rejestr pośredników ubezpieczeniowych (agentów i brokerów) prowadzony jest przez Komisję Nadzoru Finansowego. Wpis do rejestru agentów ubezpieczeniowych odbywa się na podstawie wniosku złożonego przez zakład ubezpieczeń, nie później niż w terminie 14 dni od daty zawarcia umowy agencyjnej[38]. Wnioski o wpis składa się w postaci dokumentu elektronicznego. Centralny rejestr pośredników ubezpieczeniowych jest dostępny do wglądu w wersji elektronicznej. Agent, który został wpisany do centralnego rejestru pośredników ubezpieczeniowych w Polsce,

[37] Zakład ubezpieczeń udziela agentowi ubezpieczeniowemu upoważnionemu do zawierania w jego imieniu umów ubezpieczenia pełnomocnictwa, w formie pisemnej, pod rygorem nieważności, do dokonywania czynności agencyjnych w imieniu tego zakładu. W sytuacji gdy agent ubezpieczeniowy ma być, na mocy umowy agencyjnej, umocowany jedynie do np. dokonywania czynności przygotowawczych poprzedzających zawarcie umowy ubezpieczenia, nie zachodzi konieczność udzielania przez zakład ubezpieczeń pełnomocnictwa.

[38] Zob. § 7 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 8 września 2010 r. w sprawie wniosków o wpis albo zmianę wpisu do rejestru agentów ubezpieczeniowych (Dz.U. Nr 173, poz. 1170).

może prowadzić działalność agencyjną w dowolnym kraju członkowskim Unii Europejskiej (zasada jednolitego paszportu).

Bezpośredni nadzór nad działalnością agentów ubezpieczeniowych sprawują zakłady ubezpieczeń, z którymi są oni związani. Zakłady ubezpieczeń ponoszą odpowiedzialność cywilną za ewentualne szkody finansowe powstałe w następstwie działania lub zaniechania swoich agentów w związku z wykonywaniem czynności agencyjnych. KNF pełni nad agentami jedynie nadzór pośredni, sprawując nadzór bezpośredni nad ubezpieczycielami. Organ nadzoru może przeprowadzić kontrolę działalności zakładu ubezpieczeń w zakresie korzystania z usług agentów ubezpieczeniowych. Między innymi może żądać od zakładów ubezpieczeń wyjaśnień, nakazać usunięcie określonych nieprawidłowości, zakazać korzystania z usług jakiegoś agenta, nałożyć kary pieniężne na zakład ubezpieczeń (art. 19 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym).

Czynności wykonywane w imieniu i na rzecz zakładu ubezpieczeń nazywane są **czynnościami agencyjnymi**. Polegają one na (art. 4 ustawy o pośrednictwie):

- pozyskiwaniu klientów,
- wykonywaniu czynności przygotowawczych zmierzających do zawierania umów ubezpieczenia,
- zawieraniu umów ubezpieczenia oraz uczestniczeniu w administrowaniu i wykonywaniu umów ubezpieczenia, także w sprawach o odszkodowanie,
- organizowaniu i nadzorowaniu czynności agencyjnych (działalność agencyjna).

Czynności agencyjne mogą być wykonywane wyłącznie przez osobę fizyczną, która spełnia łącznie następujące warunki (art. 9 ustawy o pośrednictwie):

- posiada pełną zdolność do czynności prawnych,
- nie ma prawomocnego skazania za przestępstwo umyślne, przeciwko życiu i zdrowiu, przeciwko wymiarowi sprawiedliwości, przeciwko ochronie informacji, przeciwko wiarygodności dokumentów, przeciwko mieniu, przeciwko obrotowi gospodarczemu, przeciwko obrotowi pieniędzmi i papierami wartościowymi oraz za przestępstwo skarbowe,
- ma co najmniej średnie wykształcenie,
- odbyła szkolenie prowadzone przez zakład ubezpieczeń i zakończyła je zdanym egzaminem[39].

[39] Kwestie szkoleń i egzaminów szczegółowo reguluje rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 7 lipca 2005 r. w sprawie minimalnego zakresu szkolenia osób ubiegających się o wykonywanie czynności agencyjnych oraz zakresu obowiązujących tematów egzaminu i trybu jego przeprowadzania (Dz.U. Nr 125, poz. 1053). Osoba, która zamierza wykonywać czynności agencyjne, a która dotychczas nie ukończyła żadnego szkolenia, ma obowiązek ukończyć co najmniej 152-godzinne szkolenie. Osoba, która ukończyła szkolenie z zagadnień ogólnych, ma obowiązek ukończyć co najmniej 48-godzinne szkolenie dotyczące np. osób zmieniających zakład ubezpieczeń. Osoby, które nie wykonują czynności agencyjnych, mają obowiązek ukończyć 8-godzinne szkolenie. Szkolenie to przechodzi się tylko raz, niezależnie od liczby zakładów ubezpieczeń, z którymi agent współpracuje. Osoba, która zmienia pracodawcę na agenta ubezpieczeniowego innego niż banki i SKOK-i, jest zobowiązana do ukończenia szkolenia 152-godzinnego.

Wymagane kwalifikacje dotyczą także innych osób, w tym wspólników (jeśli agent jest spółką niemającą osobowości prawnej) oraz co najmniej połowy członków zarządu (jeżeli agent jest osobą prawną); a także osób wykonujących czynności agencyjne, działających w imieniu agenta.

Agenci nie muszą wykonywać czynności agencyjnych osobiście. Mogą zlecać ich wykonywanie osobom fizycznym, zwanym subagentami lub pracownikami agenta ubezpieczeniowego. Osoba fizyczna wykonująca czynności agencyjne (OWCA) może być zatrudniona u agenta ubezpieczeniowego na podstawie umowy o pracę lub na podstawie umowy cywilnoprawnej. Od 1 stycznia 2004 r. osoby fizyczne wykonujące czynności agencyjne są również zgłaszane do rejestru agentów ubezpieczeniowych jako osoby fizyczne, przy pomocy których agent ubezpieczeniowy wpisany do rejestru wykonuje czynności agencyjne. Osobami fizycznymi wykonującymi czynności agencyjne mogą być także pracownicy banków i SKOK-ów, jeżeli bank lub SKOK, który ich zatrudnia, jest pośrednikiem ubezpieczeniowym (agentem lub multiagentem)[40]. Przepisy ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym nie zabraniają osobie fizycznej wykonywania czynności agencyjnych u więcej niż jednego agenta ubezpieczeniowego.

Multiagent ubezpieczeniowy jest to agent, który pozostaje w stosunku agencyjnym jednocześnie z kilkoma zakładami ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń. Multiagent sam odpowiada za szkody powstałe z tytułu wykonywania czynności agencyjnych (art. 11 ust. 2 ustawy o pośrednictwie). W związku z tym obowiązany jest on do posiadania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej[41]. Od 1 czerwca 2015 r. minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC multiagentów wynosi równowartość w złotych 1 250 618 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki są objęte umową ubezpieczenia OC, oraz równowartość 1 875 927 euro w odniesieniu do wszystkich takich zdarzeń[42]. Multiagentowi, który nie dopełni obowiązku ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, grozi kara pieniężna w wysokości stanowiącej równowartość 1000 euro (art. 11 ust. 4 ustawy o pośrednictwie). Wniesienie tej opłaty nie zwalnia go z obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

[40] Pracownicy banków i SKOK-ów mają wówczas obowiązek ukończyć szkolenie 36-godzinne.

[41] Obowiązku tego nie mają osoby fizyczne, które wykonują czynności agencyjne na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej u danego multiagenta ubezpieczeniowego.

[42] Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 27 lutego 2015 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania czynności agencyjnych (Dz.U. z 2015 r. poz. 276).

2.4.3. *Bancassurance* jako forma pośrednictwa ubezpieczeniowego

Zarówno w Polsce, jak i na świecie banki biorą udział w dystrybucji produktów ubezpieczeniowych. Zjawisko to nazywane jest ogólnie *bancassurance*. Należy podkreślić, że termin *bancassurance* jest pojęciem szerszym niż tylko zwykła dystrybucja ubezpieczeń przez banki. *Bancassurance* oznacza szeroką współpracę banków i ubezpieczycieli w łańcuchu tworzenia wartości rynkowej, która oparta jest na przesłankach efektywnościowych i marketingowych. Banki i ubezpieczyciele współpracują ze sobą w celu obniżki kosztów dystrybucji, wykorzystania efektów ekonomii skali oraz lepszego wzajemnego wykorzystania baz klientów [Handshke, Monkiewicz (red.), 2010, s. 348–349]. Strategia *bancassurance* to pewna filozofia, polegająca na chęci stworzenia przez banki swego rodzaju supermarketu finansowego, który sprzedaje produkty finansowe „wytwarzane" także przez inne instytucje finansowe[43]. Współpraca banków i ubezpieczycieli przybiera różne rozwiązania modelowe. Może być ona oparta na powiązaniach własnościowych lub jedynie na porozumieniach dystrybucyjnych.

W praktyce spotkać można trzy modele aktywności banków w zakresie dystrybucji ubezpieczeń. W pierwszym modelu **banki nie wchodzą w zakres pośrednictwa i jedynie informują o możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia** z określonym ubezpieczycielem, ewentualnie umożliwiają reklamę jego produktów ubezpieczeniowych. W drugim modelu **banki współpracują z ubezpieczycielami na podstawie umowy agencyjnej. Są pośrednikami ubezpieczeniowymi** – agentami lub multiagentami[44], którzy współpracują z jednym lub kilkoma ubezpieczycielami, zawierając indywidualne umowy ubezpieczenia w ich imieniu lub pośrednicząc na ich rzecz w zawieraniu umów ubezpieczenia. W trzecim modelu banki współpracują z ubezpieczycielami na podstawie grupowej umowy ubezpieczenia. **Bank występuje wówczas jako ubezpieczający** i zawiera umowę ubezpieczenia we własnym imieniu na rzecz osób trzecich (swoich klientów, np. kredytobiorców lub posiadaczy kart płatniczych), którzy stają się wówczas ubezpieczonymi. W każdym z tych modeli pozycja prawna ubezpieczonego jest inna. W Polsce w ramach *bancassurance* dystrybuowane są następujące rodzaje ubezpieczeń:

[43] Szerzej na ten temat zob. m.in. [Śliperski, 2002; Cichy, Szewieczek, 2012; Swacha-Lech, 2014]. W tej części opracowania przez *bancassurance* będziemy rozumieć jedynie udział banków w dystrybucji produktów ubezpieczeniowych.

[44] Przykładowo Bank BPH S.A., jako multiagent ubezpieczeniowy działa na rzecz wielu towarzystw ubezpieczeń: Lighthouse General Insurance Company Limited, Lighthouse Life Assurance Company Limited, Link4 Towarzystwo Ubezpieczeń SA, PKO ŻYCIE Towarzystwo Ubezpieczeń SA oraz Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. W 2013 r. w KNF zarejestrowanych było 276 banków jako agentów ubezpieczeniowych.

- ubezpieczenia na życie o charakterze oszczędnościowo-inwestycyjnym (typu *saving & investment),* ze składką regularną lub jednorazową (np. ubezpieczenia na życie z UFK polisolokaty, produkty strukturyzowane o charakterze ochronno-inwestycyjnym);
- ubezpieczenia na życie ściśle powiązane z produktami bankowymi (np. terminowe ubezpieczenia na życie o charakterze ochronnym, które są zabezpieczeniem zwrotności kredytów i pożyczek);
- ubezpieczenia osobowe niepowiązane z produktami bankowymi – *stand-alone* (np. ubezpieczenia zdrowotne, ubezpieczenia NNW);
- ubezpieczenia majątkowe ściśle powiązane z produktami bankowymi (np. ubezpieczenia kredytów hipotecznych pomostowe i niskiego wkładu, ubezpieczenia nieruchomości będących przedmiotem hipoteki na rzecz banku, ubezpieczenia związane z kartami bankowymi).

Współpraca banków i ubezpieczycieli, oprócz korzyści dla klientów, niesie również dla nich pewne zagrożenia. Zauważając pojawiające się problemy w tym zakresie, ówczesny Rzecznik Ubezpieczonych (obecnie Rzecznik Finansowy) opracował raport, w którym przedstawił podstawowe problemy *bancassurance* w Polsce [Podstawowe problemy bancassurance…, 2007], w tym uchybienia w informowaniu klientów o istocie i ryzyku dotyczącym produktów ubezpieczeniowych sprzedawanych w bankach. W celu poprawy jakości standardów współpracy między bankami i zakładami ubezpieczeń wydano szereg rekomendacji, o czym szerzej w punkcie 2.4.7.

2.4.4. Broker i jego kompetencje

Broker ubezpieczeniowy jest pośrednikiem niezależnym, który trudni się zawodowo zawieraniem lub pośredniczeniem w zawieraniu umów ubezpieczeniowych na każdorazowe zlecenie osób poszukujących ochrony ubezpieczeniowej, głównie klientów instytucjonalnych (przedsiębiorstw). Brokerzy działać też mogą okazyjnie (*ad hoc*) w imieniu lub na rzecz klientów, którzy się do nich zwracają o poradę.

Podstawą prawną stosunku łączącego brokera z klientem (ubezpieczającym) jest zawsze umowa regulowana przepisami Kodeksu cywilnego, określana jako tzw. umowa brokerska (umowa zlecenia brokerskiego) i udzielone na jej podstawie pełnomocnictwo brokerskie lub umowa serwisu brokerskiego. Współpraca brokera z klientem powinna rozpocząć się od rozpoznania jego potrzeb ubezpieczeniowych oraz zakresu dotychczas zawartych ubezpieczeń. Na podstawie tego audytu broker sporządza raport zawierający proponowany program ubezpieczenia. Uzgodniony z klientem zakres ubezpieczenia kierowany jest do zakładów ubezpieczeń w formie slipu brokerskiego. Na podstawie otrzymanych informacji broker konstruuje następnie rekomendacje dla swojego klienta. Jeżeli klient dokona wyboru oferty

ubezpieczeniowej, broker pośredniczy w zawarciu umowy ubezpieczenia, a także w dochodzeniu ewentualnych roszczeń wobec ubezpieczyciela.

Rolą brokera jest wybór i przedstawienie klientowi najlepszego wariantu ubezpieczenia oraz wskazanie zakładu ubezpieczeń, który dla danego rodzaju ryzyka przewiduje najlepsze warunki ubezpieczenia i najniższą stawkę. Zgodnie z ustawą o pośrednictwie ubezpieczeniowym, broker przed zawarciem umowy ubezpieczenia zobowiązany jest udzielić informacji o złożoności oferowanego produktu ubezpieczeniowego i o konsekwencjach ewentualnego niedoubezpieczenia w sposób jasny, dokładny i zrozumiały dla klienta. Powinien wykazać się należytą starannością i odpowiedzialnością. Rekomendacja brokerska powinna być udzielona w formie pisemnej na podstawie rzetelnej analizy ofert ubezpieczycieli. Także w formie pisemnej powinno być wyjaśnienie podstawy, na której opiera się rekomendacja.

Brokerem ubezpieczeniowym może być osoba fizyczna lub prawna (spółka akcyjna lub spółka z o.o.), posiadająca uprawnienia do prowadzenia działalności brokerskiej i wpisana do rejestru brokerów ubezpieczeniowych. Brokerem nie może być przedsiębiorca działający w formie jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej. Podobnie jak w przypadku agenta, uzyskanie statusu brokera wymaga zezwolenia wydanego przez organ nadzoru (KNF) oraz wpisu do rejestru brokerów ubezpieczeniowych, który prowadzi KNF. Rejestr ten jest jawny i dostępny dla osób trzecich. Broker, który ma siedzibę lub domicyl w Polsce, może wykonywać działalność brokerską na terenie dowolnego kraju członkowskiego UE, co oznacza jednocześnie, że broker z każdego innego kraju UE może wykonywać działalność brokerską na terenie Polski.

Osoba fizyczna ubiegająca się o zezwolenie brokerskie musi spełnić łącznie następujące warunki (art. 28 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym):

1) pełna zdolność do czynności prawnych;

2) brak prawomocnego skazania za przestępstwo umyślne przeciwko życiu i zdrowiu, wymiarowi sprawiedliwości, ochronie informacji, wiarygodności dokumentów, mieniu, obrotowi gospodarczemu, obrotowi pieniędzmi i papierami wartościowymi oraz za przestępstwo skarbowe;

3) dawanie rękojmi należytego prowadzenia działalności brokerskiej;

4) posiadanie co najmniej średniego wykształcenia;

5) zdanie egzaminu przed Komisją Egzaminacyjną dla Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych odpowiednio do zakresu działalności lub spełnienie warunków do zwolnienia z tego egzaminu;

6) posiadanie co najmniej 2-letniego doświadczenia zawodowego w zakresie ubezpieczeń, zdobytego w okresie 8 lat bezpośrednio poprzedzających złożenie wniosku uzyskanie zezwolenia na wykonywanie działalności brokerskiej;

7) posiadanie ubezpieczenia OC z tytułu wykonywania działalności brokerskiej.

W przypadku osoby prawnej ubiegającej się o zezwolenie brokerskie, wszyscy członkowie zarządu muszą spełnić następujące warunki (art. 28 ustawy o pośrednictwie):

- pełna zdolność do czynności prawnych;
- brak prawomocnego skazania za przestępstwo umyślne przeciwko życiu i zdrowiu, wymiarowi sprawiedliwości, ochronie informacji, wiarygodności dokumentów; mieniu, obrotowi gospodarczemu, obrotowi pieniędzmi i papierami wartościowym oraz za przestępstwo skarbowe;
- dawanie rękojmi należytego prowadzenia działalności brokerskiej;
- posiadanie co najmniej średniego wykształcenia.

Przynajmniej połowa członków zarządu musi spełnić dwa kolejne warunki:

- zdanie egzaminu przed Komisją Egzaminacyjną dla Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych odpowiednio do zakresu działalności;
- posiadanie co najmniej dwuletniego doświadczenia zawodowego w zakresie ubezpieczeń, zdobytego w okresie 8 lat bezpośrednio poprzedzających złożenie wniosku uzyskanie zezwolenia na wykonywanie działalności brokerskiej.

Osoba prawna musi mieć zawartą umowę odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania działalności brokerskiej. Czynności w imieniu i na rzecz podmiotu poszukującego ochrony ubezpieczeniowej (czynności brokerskie) polegają na:

- wykonywaniu czynności przygotowawczych zmierzających do zawierania umów ubezpieczenia;
- zawieraniu umów ubezpieczenia oraz uczestniczenie w administrowaniu i wykonywaniu umów ubezpieczenia, także w sprawach o odszkodowanie;
- organizowaniu i nadzorowanie czynności brokerskich (działalność brokerska).

Broker ubezpieczeniowy reprezentuje interesy klienta (ubezpieczającego i/lub ubezpieczonego) i powinien być podmiotem niezależnym od zakładu ubezpieczeń. W związku z tym obowiązują go określone zakazy (art. 24 pkt 1 i 2 ustawy o pośrednictwie): prawny zakaz łączenia działalności brokerskiej (wykonywania czynności brokerskich) z wykonywaniem działalności agencyjnej (czynności agencyjnych); zakaz pozostawania w stałym stosunku umownym z zakładem ubezpieczeń, zakaz bycia członkiem rad nadzorczych lub członkiem zarządu w zakładzie ubezpieczeń oraz zakaz posiadania akcji zakładu ubezpieczeń z wyjątkiem akcji dopuszczonych do obrotu giełdowego.

Czynności brokerskie, podobnie jak agencyjne, mogą być wykonywane wyłącznie przez osoby fizyczne, które muszą spełniać wymienione wcześniej warunki uzyskania zezwolenia brokerskiego, oznaczone numerami od 1 do 5. Do osób tych odnoszą się ponadto wszystkie zakazy mające gwarantować niezależność brokera. KNF sprawuje nadzór bezpośredni nad działalnością brokerów krajowych. W przypadku wykonywania działalności brokerskiej z naruszeniem przepisów prawa KNF może wydawać zalecenia mające na celu usunięcie nieprawidłowości, nakładać kary finansowe włącznie z możliwością cofnięcia zezwolenia.

W ciągu ostatnich lat nastąpiła znacząca zmiana roli brokerów na europejskim rynku pośrednictwa ubezpieczeniowego. Z tradycyjnych pośredników doprowadzających do zawarcia umowy ubezpieczeniowej brokerzy przekształcili się w dostawców usług finansowych klientom i zakładom ubezpieczeń. Do usług świadczonych przez brokerów zalicza się również modelowanie i zarządzanie ryzykiem klienta oraz zarządzanie procesem likwidacji szkód[45]. Funkcje analityczno-doradcze wykraczają znacznie poza zwykłe pośrednictwo ubezpieczeniowe. Broker służy pomocą przy ocenie ryzyka oraz analizuje zagrożenia, jakie stoją przed przedsiębiorstwem.

Brokerzy ponoszą odpowiedzialność cywilną za swoją działalność w sferze gospodarczej, której konsekwencje mogą być znaczne. Na obszarze całej Unii Europejskiej każdy broker ubezpieczeniowy zobowiązany jest do posiadania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawodowej, które obejmuje szkody finansowe wyrządzone osobie poszukującej ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczającemu, ubezpieczonemu lub osobie uprawnionej z umowy ubezpieczenia, w tym także szkody wyrządzone przez osoby fizyczne, przez które broker ubezpieczeniowy wykonuje czynności brokerskie. Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki są objęte umową ubezpieczenia OC wynosi równowartość w złotych 1 mln euro oraz 1,5 mln euro w odniesieniu do wszystkich takich zdarzeń. Należy mieć na uwadze, że nie każdy przejaw aktywności brokerów w sferze gospodarczej jest objęty ochroną z polisy odpowiedzialności cywilnej brokera. Wypadkiem ubezpieczeniowym w kontekście ubezpieczenia OC brokerów jest tylko działanie lub zaniechanie realizowane przy obsłudze brokerskiej, a nie sam fakt wystąpienia szkody u klienta (wyrok SN z dnia 5 września 2008 r. sygn. akt ICSK 64/08). Są też wyłączenia ochrony ubezpieczeniowej z polisy OC brokerów, dotyczące działań brokerów niemieszczących się zakresie pojęciowym pośrednictwa ubezpieczeniowego, np. udział w procesie likwidacji szkód. W związku z tym, ewentualne szkody finansowe z tym związane nie będą objęte odpowiedzialnością z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC brokera.

2.4.5. Rola agentów i brokerów w sprzedaży ubezpieczeń

W Polsce agenci ubezpieczeniowi pozostają wciąż dominującym kanałem dystrybucji ubezpieczeń w obydwu działach (ponad 60% według danych za 2014 r.)[46]. Wysoki poziom przypisu składki z tytułu ubezpieczeń na życie jest w dużym stopniu

[45] Czynności związane z zarządzaniem procesem likwidacji szkód nie stanowią jednak „usług pośrednictwa w świadczeniu usług ubezpieczeniowych" w rozumieniu art. 43 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym.

[46] W 2014 r. w KNF było zarejestrowanych 37,6 tys. agentów, w tym 33,5 tys. osób fizycznych oraz 3,1 tys. osób prawnych. W dziale I agenci wyłączni stanowili 41%, a w dziale II – 59%. W 2014 r. było

uzależniony od aktywności agentów będących osobami prawnymi (w tym banków i SKOK-ów). W związku z tym kanał bancassurance stał się pierwszym co do ważności kanałem dystrybucji ubezpieczeń życiowych. Według danych PIU, w latach 2009–2012 za pośrednictwem kanału *bancassurance*[47] pozyskiwano ponad 50% składki przypisanej brutto działu I. Największy przypis składek generowały ubezpieczenia na życie o charakterze inwestycyjnym (ponad 85%) oraz ubezpieczenia na życie powiązane z produktami bankowymi (ponad 10%). Minimalny udział stanowiły składki z ubezpieczeń na życie niepowiązane z produktami bankowymi (tylko 0,5%). W latach 2013–2014 udział *banassurance* w sprzedaży ubezpieczeń działu I obniżył się do 44%, a w drugim kwartale 2015 r. – spadł do poziomu 39,1%, głównie za sprawą spadku przypisu ubezpieczeń na życie o charakterze inwestycyjnym [por. Raport PIU …].

W dziale II ubezpieczeń agenci ubezpieczeniowi są także dominującym kanałem dystrybucji ubezpieczeń. W 2014 roku za ich pomocą pozyskano 62,5% składek ubezpieczeniowych, w tym prawie 40% za sprawą agentów będących osobami fizycznymi. Kanał *bancassurance* w dziale II odgrywa znacznie mniejszą rolę niż w dziale I. W latach 2009–2014 za pośrednictwem kanału *bancassurance* pozyskiwano w granicach 8,5%–9% składek działu II. W 2014 r. największy udział miały ubezpieczenia finansowe (gr. 14–16) – 49%, ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe (gr. 1 i 2) – ok. 24% oraz ubezpieczenia szkód spowodowanych żywiołami i pozostałych szkód rzeczowych (gr. 8–9) – ok. 16% [Raport PIU…].

Rola brokerów w dystrybucji ubezpieczeń jest o wiele mniejsza niż agentów, chociaż stopniowo rośnie zwłaszcza w dziale II. W Polsce w dystrybucji ubezpieczeń działu I brokerzy mają znikomy udział – zaledwie ok. 2%. W 2013 r. brokerzy dostarczyli 1,8% składki przypisanej brutto działu I, a w roku 2014 – 2,4%. W dziale II za ich pośrednictwem generuje się ok. 20% składki przypisanej brutto (z tendencją rosnącą). W 2013 i w 2014 r. brokerzy dostarczyli 19,9% składki przypisanej brutto działu II[48].

W Polsce z usług brokerów korzystają głównie przedsiębiorstwa duże oraz średnie. Brokerzy pośredniczą w zawieraniu ubezpieczeń wymagających specjalnych procedur i indywidualnie dopasowanych zabezpieczeń, takich jak: gwarancje ubezpieczeniowe, ubezpieczenia ryzyka budowy i montażu, ubezpieczenia transportowe (*cargo*), ubezpieczenia awarii maszyn czy ubezpieczenia odpowiedzialności

zarejestrowanych 74 tys. osób fizycznych wykonujących czynności agencyjne. Dane według KNF, http://www.knf.gov.pl (dostęp 14.12.2015).

[47] Według definicji PIU – *bancassurance* jest to sprzedaż polis ubezpieczeniowych w formie indywidualnej lub grupowej klientom banków poprzez sieć dystrybucji banku (oddziały, mobilnych sprzedawców pracowników banku, *call centre*, Internet, pośredników finansowych), jeżeli stroną umowy z pośrednikiem jest bank, a nie ubezpieczyciel, por. [Raport PIU – *Polski Rynek Bancassurance po II kw.* 2015, http://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/Bancassurance/PolskirynekbancassuranceIIQ2015.pdf] (dostęp 14.12.2015).

[48] Dane KNF, http://www.knf.gov.pl (dostęp 14.12.2015).

cywilnej wykonawcy inwestycji[49]. W takich krajach, jak: Belgia, Irlandia i Wielka Brytania rola brokerów jest znacznie większa niż w Polsce. Tam w 2012 r. za ich pośrednictwem zebrano ponad połowę składek ubezpieczeniowych z tytułu ubezpieczeń majątkowych, a w Wielkiej Brytanii także i ubezpieczeń życiowych[50].

2.4.6. Wynagradzanie pośredników ubezpieczeniowych

W praktyce znane są dwa podstawowe mechanizmy wynagradzania pośredników ubezpieczeniowych za ich usługi:

- system ryczałtowy, w którym klient bezpośrednio płaci za usługi,
- system prowizyjny, w którym pośrednik otrzymuje określoną procentową część zapłaconej przez klienta składki za ochronę ubezpieczeniową, ustaloną w umowie pośrednika z ubezpieczycielem.

Podstawowym systemem wynagradzania agentów ubezpieczeniowych jest system prowizyjny, a systemem uzupełniającym są programy lojalnościowe kierowane do najlepszych pośredników. Prowizja jest zwykle uzależniona od wysokości przypisu składki ubezpieczeniowej brutto[51]. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (art. 23), podobnie jak wytyczne KNF dotyczące dystrybucji ubezpieczeń, nakazuje, aby za zawarcie umowy ubezpieczenia na życie z UFK wynagrodzenie pośrednika było równomiernie rozłożone w czasie, z uwzględnieniem okresu, na jaki zawarto ubezpieczenie (maksymalnie 5 lat). Podobna zasada obowiązuje w odniesieniu do produktów strukturyzowanych. W celu zapobieżenia konfliktowi interesów, art. 18 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej wprowadza zakaz wynagradzania ubezpieczających na cudzy rachunek w szczególności w ubezpieczeniach grupowych. Dotyczy to banków, pracodawców, a także innych właścicieli dużych baz danych (np. firm telekomunikacyjnych, zakładów energetycznych) oferujących możliwość ubezpieczeń przede wszystkim w modelu grupowym. Broker ubezpieczeniowy otrzymuje wynagrodzenie od zakładu ubezpieczeń, z którym ubezpieczający, będący jego klientem, zawarł umowę ubezpieczenia. Wynagrodzeniem brokera ubezpieczeniowego jest prowizja zwana **kurtażem**[52]. Jest to wynagrodzenie za efekt pracy brokera (doprowadzenie do zawarcia umowy ubezpieczenia), a nie za nakład jego pracy. Wysokość kurtażu jest ustalana indywidualnie w ramach porozumień zawieranych między ubezpieczycielami a brokerami. Oczekiwana wysokość kurtażu może się znajdować w slipie brokerskim lub w ofercie ubezpieczyciela (wskazanie kurtażu proponowanego jako wynagrodzenie za doprowadzenie do zawarcia

[49] Szerzej na ten temat [Jackowska, Jurkiewicz, Wycinka, 2015].

[50] *European Insurance In Figures* [2015], CEA Statistics nr 50, www.cea.eu. (dostęp 14.12.2015).

[51] Szerzej na ten temat zob. [Hadyniak, 2014, s. 158–160].

[52] Kurtaż brokerski zwolniony jest od podatku VAT.

umowy ubezpieczenia). W 2014 roku krajowe zakłady ubezpieczeń wypłaciły brokerom ponad 904 mln zł z tytułu należnych im prowizji, z czego 14% pochodziło od ubezpieczycieli działu I, a 86% – od ubezpieczycieli działu II [Raport o stanie rynku brokerskiego…, 2014]. Również sami klienci mogą dodatkowo wynagradzać brokerów, np. za pomoc w zarządzaniu ryzykiem, likwidacji szkód czy reprezentowanie ich w sprawach spornych o odszkodowanie.

2.4.7. Normy etyczne i rekomendacje

Sprzedaż ubezpieczeń nierozerwalnie wiąże się z zapewnieniem uczciwości zarówno wobec klientów, jak i zakładów ubezpieczeń, które oferują produkty ubezpieczeniowe. Dylematy moralne w działalności pośredników ubezpieczeniowych, zwłaszcza brokerów, mogą częściowo wynikać z rozbieżności ich ról – niezależnych pośredników i podmiotów gospodarczych. Z jednej strony działają na rzecz klienta, który pragnie ubezpieczyć się jak najkorzystniej. Z drugiej zaś strony, jako podmioty gospodarujące są zainteresowani maksymalizacją zysku z tytułu prowadzonej działalności.

Działalność pośredników ubezpieczeniowych regulują zatem nie tylko normy prawne[53], ale i normy etyczne, które uwzględniają normy moralne i zwyczajowe. W maju 1998 roku członkowie Stowarzyszenia Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych zgromadzeni na Kongresie Brokerów w Sobieszewie przyjęli kodeks etyki zawodowej brokera, zwany Kartą Sobieszewską[54]. Stanowi on dla nich swego rodzaju *credo* postępowania. W karcie określono m.in. zasady dotyczące kontaktów z klientami, kontaktów wzajemnych oraz kontaktów z ubezpieczycielami.

W karcie zapisano, iż w kontaktach z klientem broker podejmuje działanie w dobrej wierze, nacechowane szacunkiem i w poczuciu najlepszego wykorzystania swojej wiedzy, mając za podstawowy cel interes klienta. W kontaktach wzajemnych każdy z członków Stowarzyszenia, będąc równym wśród równych, powinien cieszyć się szacunkiem całego środowiska. Podważanie dobrego imienia lub naruszanie czci innego brokera jest traktowane jako działanie wymierzone w całe środowisko. Wszelkie praktyki i działania noszące znamiona nieuczciwego wzbogacenia się kosztem innego brokera zasługują na potępienie ze strony całego środowiska. W kontaktach z zakładem ubezpieczeń broker, poprzez swoje zaangażowanie i profesjonalizm, powinien umiejętnie wykorzystywać swoją wiedzę, postępować uczciwe w stosunku do zakładu ubezpieczeń, dążąc do zabezpieczenia jak najlepiej pojętego interesu klienta [Karta Sobieszewska].

[53] Zob. m.in. ustawa z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2003 r., Nr 153, poz. 1503 z późn zm.).

[54] http://ad.edu.pl/pliki/ubezpieczenia/Kodeks-Etyki-Brokera-Karta-Sobieszewska.pdf.

W 2006 r. wprowadzono Kodeks Etyki Polskiej Izby Pośredników Ubezpieczeniowych i Finansowych, który obejmuje cztery grupy zagadnień[55]:

- działanie w interesie klienta,
- podwyższanie kompetencji,
- przestrzeganie prawa i zasad uczciwej konkurencji,
- zachowanie poufności danych biznesowych.

Na polskim rynku ubezpieczeń brakuje wypracowanych norm etycznych dotyczących wszystkich agentów ubezpieczeniowych. Każdy zakład ubezpieczeń opracowuje zbiory norm moralnych (zwanych kodeksami etyki), które określają zachowania agentów z nimi współpracujących[56]. Agent, podpisując umowę agencyjną z zakładem ubezpieczeń, musi mieć świadomość, że swoją działalność musi prowadzić zgodnie z prawem oraz zgodnie z wymogami firmy, której interesy reprezentuje. Powinien przestrzegać wszelkich wewnętrznych przepisów, instrukcji, zarządzeń udzielanych mu przez przedstawicieli firmy. Powinien przestrzegać tajemnicy zawodowej.

Niezwykle ważnym zagadnieniem z dziedziny etyki agenta ubezpieczeniowego jest jego stosunek do klienta. Podstawową zasadą kodeksu etycznego jest rzetelność informacji. Wszystkie informacje, które agent przekazuje klientom powinny być sprawdzone i wiarygodne. Aby zapewniać odpowiednią jakość świadczonych usług, agent powinien stale doskonalić swoje kwalifikacje, ponieważ wiedza w dziedzinie ubezpieczeń szybko się dezaktualizuje. Agent nie powinien wymuszać na kliencie rezygnacji lub zmiany istniejącej umowy. Nie powinien też udzielać rad i informacji w tych dziedzinach, w których nie czuje się w pełni kompetentny. Nie powinien składać wprowadzających w błąd oświadczeń w kwestii pełnionej przez siebie roli[57].

Przykładem samoregulacji rynku są rekomendacje dobrych praktyk. Od 2008 r. obowiązuje w Polsce Kanon dobrych praktyk rynku finansowego, który zawiera zasady obejmujące takie elementy, jak[58]: uczciwość, staranność i kompetencje, godność i zaufanie, zasoby i procedury, relacje wewnętrzne, zapobieganie konfliktom interesów, informacje dla klientów, stosunki wzajemne i uczciwa konkurencja, rozstrzyganie sporów wzajemnych, działania dla rozwoju rynku i stosowanie Kanonu.

W 2009 r. wydana została Rekomendacja w sprawie dobrych praktyk na polskim rynku *bancassurance* w zakresie ubezpieczeń ochronnych powiązanych z produktami bankowymi (I rekomendacja *bancassurance*) opracowana przez Związek

[55] Kodeks Etyki PIPUiF, http://www.posrednicy.org.pl/kodeks-etyki-pipuif.

[56] Przykładowo: Zasady etyki dla agentów Allainz Polska, https://www.allianz.pl/zasady_etyki.pdf (dostęp 31.12.2015).

[57] Szerzej na temat zachowań etycznych pośredników ubezpieczeniowych [Sangowski (red.), 1999, s. 281–295].

[58] Kanon dobrych praktyk rynku finansowego, http://www.knf.gov.pl/Images/Kanon_DPRF_tcm75-22555.pdf (dostęp 14.12.2015).

Banków Polskich[59]. W 2010 r. przyjęto kolejny zbiór dobrych praktyk dotyczących ubezpieczeń finansowych powiązanych z produktami bankowymi zabezpieczonymi hipotecznie (II rekomendacja *bancassurance)*, opracowanych we współpracy PIU i Związku Banków Polskich[60]. W 2012 r. przyjęto rekomendację dobrych praktyk na polskim rynku *bancassurance* w zakresie ubezpieczeń z elementem inwestycyjnym lub oszczędnościowym (III rekomendacja *bancassurance*), opracowana we współpracy z PIU i zatwierdzona przez Związek Banków Polskich[61]. Rekomendacje te nakładają na banki obowiązek przekazywania klientom minimalnego zakresu informacji. Klienci mają zapewnione prawo to pełniejszej wiedzy m.in. na temat kosztów związanych z ubezpieczeniem, wysokości świadczeń oraz przejrzystości otrzymywanych dokumentów.

W ostatnich latach wiele kontrowersji wzbudza podwójna rola banków w ubezpieczeniach grupowych, która doprowadza do konfliktu interesów banków i ich klientów, zobligowanych do zakupu ubezpieczeń. Z jednej strony ubezpieczony będący klientem banku nie ma żadnych praw wobec ubezpieczyciela, ponieważ bank jako ubezpieczający powinien reprezentować jego interesy wobec zakładu ubezpieczeń. Z drugiej strony – bank za sprzedaż ubezpieczeń otrzymuje wynagrodzenie od zakładu ubezpieczeń, często tym wyższe, im niższa jest szkodowość sprzedawanego produktu. Oznaczać to może, że im produkt jest *de facto* gorzej dopasowany do potrzeb klienta, tym wyższe wynagrodzenie bank jako ubezpieczający otrzymuje od ubezpieczyciela. W celu poprawy jakości standardów współpracy między bankami i zakładami ubezpieczeń oraz stworzenia warunków do stabilnego rozwoju rynku *bancassurance*, Komisja Nadzoru Finansowego w czerwcu 2014 r. wydała Rekomendację, która dotyczy dobrych praktyk w obszarze *bancassurance*[62] oraz Wytyczne dla zakładów ubezpieczeń dotyczące dystrybucji ubezpieczeń[63].

Rekomendacja U zaczęła obowiązywać wszystkie banki, począwszy od 1 kwietnia 2015 r. Zdefiniowano w niej na nowo obowiązki informacyjne banków wobec klientów oraz podjęto próbę uregulowania spraw spornych. Jedna z ważniejszych zmian zakazuje występowania banku w podwójnej roli – ubezpieczającego, który pokrywa koszty składki ze środków finansowych pozyskanych od ubezpieczonych i jednocześnie jako pośrednika ubezpieczeniowego pobierającego prowizję od takiej składki. Intencją KNF jest, aby banki powszechniej realizowały model formalnego pośrednictwa ubezpieczeniowego, czyli model agencyjny sprzedaży

[59] https://www.piu.org.pl/public/upload/ibrowser/Rekomendacje/I%20Rekomendacja%20Bancassurance.pdf (dostęp 28.12.2015).

[60] http://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/II_rekomendacja_ba_1.pdf (dostęp 28.12.2015).

[61] http://noblebank.pl/public/upload/pdf/III%20Rekomendacja%20Bancassurance.pdf (dostęp 28.12.2015).

[62] Uchwała nr 183/2014 KNF z dnia 24 czerwca 2014 r., https://www.knf.gov.pl/Images/Rekomendacja_U_tcm75-38338.pdf (dostęp 28.12.2015).

[63] Uchwała nr 184/2014 KNF z dnia 24 czerwca 2014 r., https://www.knf.gov.pl/Images/Wytyczne_dystrybucja_ubezpieczen_24-06-14_tcm75-38337.pdf (dostęp 28.12.2015).

ubezpieczeń. Jest on bardziej przejrzysty. Wówczas klienci banków, jako strona umowy ubezpieczenia, mogą korzystać z praw, które im przysługują, np. odwołania się od niekorzystnej dla nich decyzji ubezpieczyciela lub wstępowania na drogę sądową. Rekomendacja U obliguje banki do przekazywania kredytobiorcom treści umów ubezpieczenia i OWU. KNF położyła nacisk na zagwarantowanie klientom banków swobody wyboru ubezpieczyciela i produktu ubezpieczeniowego. Do tej pory klienci często nie mieli takiego wyboru, gdyż musieli korzystać z oferty ubezpieczyciela, z którym bank miał podpisaną umowę o współpracy.

KNF w rekomendacji U rozszerzyła obowiązek stosowania karty produktu[64] na wszystkie umowy ubezpieczenia zawierane w ramach *bancassurance*. Karta produktu powinna zawierać szereg dodatkowych informacji dedykowanych klientom w fazie przedsprzedażowej. To właśnie na bankach spoczywa wymóg opracowywania kart produktów i doręczania ich klientom (rekomendacja 9.4 i 15.4)

Obowiązki informacyjne ubezpieczycieli wynikające z Rekomendacji U i Wytycznych dotyczących dystrybucji, mające na celu ochronę beneficjentów umowy ubezpieczenia, zyskały wyższą rangę na mocy nowej ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Ubezpieczyciel lub reprezentujący go pośrednik ubezpieczeniowy przed zawarciem umowy ubezpieczeń na życie z UFK jest zobowiązany do udzielenia nie tylko podstawowych informacji, takich jak: cel i charakter umowy, tytuł i wysokość opłat, profil ryzyka, wykaz przysługujących świadczeń (art. 22 ustawy), ale i informacji dotyczących części inwestycyjnej tego produktu (art. 23 ustawy).

Zwiększone obowiązki informacyjne nałożone na ubezpieczycieli i pośredników ubezpieczeniowych wynikają również z nowej dyrektywy unijnej dotyczącej dystrybucji ubezpieczeń (*Insurance Distribution Directive* – IDD). Zgodnie z jej przepisami klienci powinni otrzymywać jasne informacje, tak aby mogli podejmować świadome decyzje co do zawarcia umowy ubezpieczenia. Jeszcze przed zawarciem umowy ubezpieczenia powinni znać nazwę i adres pośrednika lub dystrybutora, niezależnie od tego, czy zapewnia on doradztwo, i niezależnie od jego wynagrodzenia. Klienci powinni też otrzymać szczegółowe informacje dotyczące procedur składania skarg na ubezpieczyciela [Projekt dyrektywy w sprawie dystrybucji…].

Dyrektywa IDD ingeruje w zapewnienie właściwych kwalifikacji po stronie pośredników ubezpieczeniowych znacznie silniej, niż miało to miejsce na gruncie dyrektywy o pośrednictwie. Poza zapisem, że pośrednicy ubezpieczeniowi i reasekuracyjni powinni posiadać właściwą wiedzę i umiejętności (co znajduje się również w dyrektywie IMD), nowa dyrektywa nakłada obowiązek doskonalenia zawodowego pośredników ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych oraz ich pracowników w wymiarze nie mniejszym niż 15 godzin rocznie. Państwa członkowskie mają

[64] Karta produktu została wprowadzona w kwietniu 2014 r. przez Polską Izbę Ubezpieczeń w ramach Rekomendacji dobrych praktyk informacyjnych. Dotyczyła ona tylko ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi [https://www.piu.org.pl/public/upload/ibrowser/UFK/ REKOMENDACJA_UFK.pdf (dostęp 28.12.2015).

również obowiązek wprowadzenia i publikacji mechanizmów pozwalających na skuteczną kontrolę i ocenę ich wiedzy i kompetencji. W tym miejscu warto wspomnieć, że regulacje mające gwarantować odpowiedni poziom merytoryczny pośredników ubezpieczeniowych, zawarte w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym zostały później ograniczane ustawą z dnia 18 lutego 2005 r. o zmianie ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2005 r., Nr 48, poz. 447) oraz ustawą z dnia 9 maja 2014 r. o ułatwieniu dostępu do wykonywania niektórych zawodów regulowanych (Dz.U. z 2014 r., poz. 768). Na mocy tych ustaw uchylono m.in. obowiązek organizacji szkoleń dla agentów ubezpieczeniowych przez towarzystwa ubezpieczeniowe. W związku z tym w Polsce konieczna będzie ponowna nowelizacja rozwiązań prawnych obowiązujących w tym zakresie.

Słowa kluczowe

- Agent ubezpieczeniowy
- *Bancassurance*
- Broker ubezpieczeniowy
- Czynności agencyjne
- Czynności brokerskie
- Kompetencje agentów i brokerów
- Normy etyczne pośredników ubezpieczeniowych
- Pośrednictwo ubezpieczeniowe
- Rekomendacje

Pytania kontrolne

1. Na czym polega pośrednictwo ubezpieczeniowe, czym się różni pośrednictwo od działalności ubezpieczeniowej?
2. Jakie są rodzaje pośredników ubezpieczeniowych w świetle dyrektyw UE oraz według przepisów obowiązujących w Polsce?
3. Jakie są wymagania stawiane agentom ubezpieczeniowym?
4. Wymień przykładowe czynności agencyjne. Jakie wymagania należy spełnić, aby uzyskać zezwolenie na wykonywanie czynności agencyjnych?
5. Wymień przykładowe czynności brokerskie. Jakie wymagania należy spełnić, aby uzyskać zezwolenie na prowadzenie działalności brokerskiej oraz wykonywanie czynności brokerskich?
6. Omów zasady wynagradzania pośredników ubezpieczeniowych.
7. Na czym polegają normy etyczne pośredników ubezpieczeniowych?
8. Jaka jest rola agentów i brokerów w dystrybucji usług ubezpieczeniowych w Polsce?
9. Jakie są zalety i zagrożenia związane z udziałem banków w dystrybucji ubezpieczeń?
10. Omów obowiązki informacyjne nałożone na ubezpieczycieli i pośredników ubezpieczeniowych.
11. Omów zasady etyczne obowiązujące pośredników ubezpieczeniowych.

3 Funkcjonowanie zakładu ubezpieczeń

3.1. Obszary działalności zakładów ubezpieczeń

E. Poprawska

Działalność zakładu ubezpieczeń jest bardzo złożona, składa się na nią wiele czynności wykonywanych przez różne działy czy departamenty. Aby przeanalizować ją dokładniej, warto zacząć od najprostszych, najbardziej oczywistych podziałów i zastanowić się, na czym polega podstawowa działalność ubezpieczycieli oraz skąd pochodzą środki na wypłatę odszkodowań i świadczeń.

W działalności ubezpieczycieli można wskazać główne źródła przychodów i kosztów. Pierwszym źródłem przychodów są składki płacone przez ubezpieczających, kosztami natomiast są wypłacone odszkodowania i świadczenia. Drugim źródłem są inwestycje, które generują zarówno przychody, jak i koszty. Warto w tym miejscu wspomnieć o działalności reasekuracyjnej, która jednak traktowana może być dwojako. Z jednej strony reasekuracja czynna (przyjmowanie ryzyka od innych ubezpieczycieli) stanowić może dodatkowe źródło przychodów w postaci składki reasekuracyjnej oraz kosztów. Z drugiej strony reasekuracja bierna służy zabezpieczeniu działalności ubezpieczyciela, stabilizacji wyników finansowych jego działalności, ale wiąże się z ponoszeniem dodatkowych kosztów.

Jednym z podstawowych podziałów działalności ubezpieczeniowej jest podział na dwie zasadnicze grupy czynności:

- działalność bezpośrednia, czyli związana z produktami ubezpieczeniowymi (tzw. działalność techniczna),
- gospodarka finansowa zakładów ubezpieczeń.

W sprawozdawczości finansowej zakładów ubezpieczeń pojawia się również pojęcie działalności technicznej zakładów ubezpieczeń. Ubezpieczyciele tworzą dwa rachunki wyników, pierwszy z nich nazywany jest rachunkiem technicznym

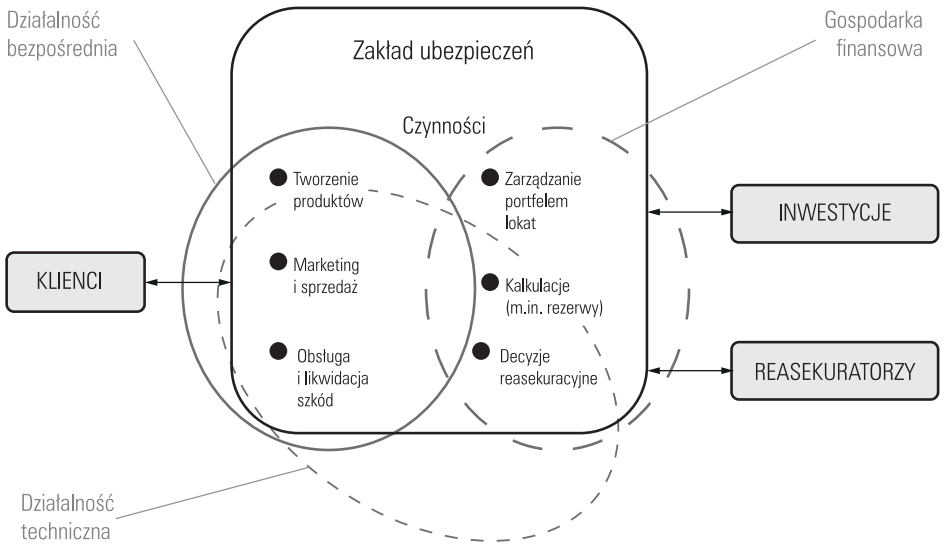
i obejmuje przychody i koszty wynikające z prowadzenia działalności z zakresu udzielania ochrony ubezpieczeniowej. Podstawowym więc źródłem przychodów są składki ubezpieczeniowe, a podstawowym źródłem kosztów – wypłacone odszkodowania i świadczenia, jednak w tym rachunku uwzględniana jest też reasekuracja. W ogólnym rachunku zysków i strat uwzględniane są wyniki z działalności lokacyjnej oraz pozostałe. Reasekuracja traktowana jest zatem jako element działalności technicznej zakładów ubezpieczeń i nazywana jest też działalnością pośrednią. Z uwagi jednak na to, że reasekuracja stanowi również element, który wiąże się z gospodarką finansową ubezpieczycieli, na potrzeby tej książki została ona omówiona w takim właśnie kontekście.

Pierwszy z obszarów (**działalność bezpośrednia**) jest tym, który jest bardziej widoczny i oczywisty dla klientów zakładów ubezpieczeń. To działalność związana z tworzeniem oraz sprzedażą produktów oraz szeroko rozumianą „obsługą" produktów, czyli między innymi z procesem likwidacji szkód. Działalność ta stanowi podstawowe źródło przychodów zakładów ubezpieczeń oraz generuje koszty w postaci wypłacanych odszkodowań i świadczeń oraz kosztów związanych z wykonywaniem wszelkich czynności, które się wiążą z tworzeniem, sprzedażą i obsługą produktów ubezpieczeniowych. Obszar ten zawiera jednak również elementy, do których klient nie ma dostępu, przykładowo są to: underwriting, aktuariat, strategia marketingowa.

Drugi z obszarów wiąże się z **finansami** zakładu ubezpieczeń, jest to zatem zarówno działalność inwestycyjna, jak i działalność związana z dalszym transferem ryzyka ubezpieczeniowego – reasekuracją. Są to czynności, których klient na ogół nie widzi, a składają się na sprawne funkcjonowanie zakładu ubezpieczeń. Działalność ta stanowi, po pierwsze, jedno z głównych źródeł przychodów ubezpieczycieli, po drugie, ma prowadzić do stabilizacji działalności ubezpieczyciela. Są to działania z zakresu szeroko rozumianego zarządzania ryzykiem ubezpieczyciela, działania mające zapewnić wypłacalność i w konsekwencji zapewnić klientom pewność ochrony ubezpieczeniowej. Warto pamiętać, że oba wymienione obszary wpływają wzajemnie na siebie, nie są zatem obszarami rozłącznymi (rys. 3.1).

Ponadto, jak w każdym przedsiębiorstwie, również w zakładzie ubezpieczeń wykonywane są czynności związane z administracją, księgowością, kadrami, systemami IT itp.

W tym miejscu warto wspomnieć o możliwych modelach organizacji zakładu ubezpieczeń. Modele te uwarunkowane mogą być przez poziomy władzy, strukturę organizacyjną (poziomą lub pionową), funkcjonowanie. Z punktu widzenia obszarów działalności zakładu ubezpieczeń warto się skupić na strukturze organizacyjnej – poziomej, czyli takiej, w której organizacja zakładu ubezpieczeń uwzględnia podział na departamenty z punktu widzenia funkcjonalnego, geograficznego lub rzeczowego.



Rysunek 3.1. Obszary działalności zakładów ubezpieczeń

Źródło: opracowanie własne.

Jest to podział na departamenty:

- marketingu i sprzedaży,
- oceny ryzyka (underwritingu),
- rachunkowości i kontroli,
- aktuarialny,
- lokat,
- administracji i obsługi klientów,
- likwidacji szkód,
- kadr i szkolenia,
- prawny.

Taki podział jest najbliższy zadaniom, jakie wykonują poszczególne działy, trzeba jednak pamiętać o tym, że nie pokrywa się z dokonanym na potrzeby tego rozdziału podziałem na działalność bezpośrednią i gospodarkę finansową. Na przykład departament aktuarialny czy prawny wykonuje czynności wiążące się z obiema grupami czynności. Podział geograficzny wiąże się z rejonami działania ubezpieczyciela, podział rzeczowy natomiast ma związek z poszczególnymi grupami produktów, jednak w kontekście obszarów działalności mają one mniejsze znaczenie.

3.1.1. Działalność bezpośrednia

Aby przeanalizować, jakie czynności są niezbędne do sprawnego funkcjonowania ubezpieczyciela, warto rozpocząć od analizy podstaw działalności ubezpieczeniowej, czyli tego, co prowadzi do stworzenia i funkcjonowania produktu ubezpieczeniowego. Zatem mamy tu do czynienia z trzema podstawowymi etapami, takimi jak:

- projektowanie i rozwój produktów (szerzej w podrozdz. 3.2.1):
  - projektowanie produktu (pomysł na produkt, konstrukcja – przedmiot ubezpieczenia, ograniczenia, wyłączenia, definicje),
  - ustalanie składki (kwotowanie, zasady udzielania zniżek, zasady akceptacji i weryfikacji),
- sprzedaż produktów – do kogo skierować ofertę, konstrukcja oferty (np. czy w pakiecie), kanały dystrybucji, zawieranie umów (szerzej w podrozdz. 3.2.2),
- likwidacja szkód – wycena szkody, ustalenie wysokości odszkodowania/świadczenia (szerzej w podrozdz. 3.2.3).

Etap projektowania i rozwoju produktów rozpoczyna oczywiście stworzenie samej koncepcji produktu. Nowe ubezpieczenia tworzone są w odpowiedzi na potrzeby rynku, czasem specyficzne potrzeby konkretnych klientów. Zatem wpływ na kształt oferty zakładów ubezpieczeń mają między innymi zmiany gospodarcze, technologiczne, demograficzne, zmiany sposobu spędzania czasu wolnego, a nawet zmiany klimatyczne. Duży wpływ na ofertę zakładów ubezpieczeń ma też oczywiście oferta produktowa konkurencyjnych ubezpieczycieli, a nawet rozwiązania pojawiające się na rynkach ubezpieczeniowych w odległych zakątkach świata (przykładem może być rozwój ubezpieczeń na wypadek ryzyka poważnego zachorowania – ubezpieczenia te pojawiły się w RPA, stamtąd zostały przeniesione na inne rynki). Ponadto wiele z produktów jest tworzonych w odpowiedzi na zmiany przepisów prawnych, wprowadzanie obowiązku ubezpieczenia, czy też np. rozszerzanie zakresu odpowiedzialności poszczególnych podmiotów. Czasem produkt może się też pojawić w przypadku konstruowania ochrony ubezpieczeniowej dla konkretnego, niestandardowego klienta. Trudno zatem w jednoznaczny sposób „przypisać" zadanie tworzenia koncepcji produktów do konkretnego departamentu zakładu ubezpieczeń. Koncepcja może wyjść zarówno z działu underwritingu, jak i likwidacji szkód, od zarządu itd.

Następnie konieczne jest doprecyzowanie zakresu ochrony, czyli zdefiniowanie podmiotu i przedmiotu ubezpieczenia, zdarzeń ubezpieczeniowych, wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności oraz zasad ustalania wysokości odszkodowania lub świadczenia i formy likwidacji szkody. Na tym etapie konieczna jest współpraca osób zajmujących się oceną ryzyka, likwidacją szkód oraz stroną prawną.

Ważna jest tu również rola marketingu, bowiem trzeba też określić, do jakiej potencjalnej grupy klientów produkt ma być kierowany. Jest to ważna informacja

na etapie konstrukcji, gdyż wpływa w istotny sposób na ostateczny kształt takich elementów, jak np. zakres odpowiedzialności (im szerszy zakres odpowiedzialności, tym wyższa cena produktu) oraz forma produktu (czy jest to produkt funkcjonujący samodzielnie, czy np. sprzedawany w pakiecie).

Na etapie projektowania produktu należy odpowiedzieć na następujące pytania:

- Co ma być ubezpieczane (jaki ma być przedmiot ubezpieczenia)?
- Komu i do czego taki produkt może posłużyć, do jakiej grupy odbiorców produkt ma być adresowany?
- Czy zdarzenia ubezpieczeniowe są ubezpieczalne? Jeśli nie, jakie ograniczenia zakresu odpowiedzialności mogłyby tę ubezpieczalność zapewnić?
- Czy produkt jest zgodny ze strategią i celami zakładu ubezpieczeń?
- Czy konstrukcja produktu jest zgodna z prawem?

Kolejnym krokiem jest ustalenie **ceny** za produkt, czyli **składki ubezpieczeniowej**. Ten etap angażuje przede wszystkim aktuariuszy. Konieczne jest ustalenie podstawy ustalania składki, czyli jakie zmienne i czynniki oraz w jaki sposób będą wpływały na ostateczną cenę ubezpieczenia dla konkretnego klienta. Ponadto ważne jest określenie zasad ustalania zwyżek i zniżek składki. Warto podkreślić, że na tym etapie istotna jest współpraca między specjalistami z zakresu aktuariatu, oceny ryzyka, likwidatorami szkód oraz underwritera. Ważne informacje pochodzić też mogą od prawników. Na etapie taryfikacji muszą być również brane pod uwagę możliwości finansowe ubezpieczyciela, jego pozycja na rynku, składki oferowane przez konkurencję, potencjalny popyt na produkt oraz wiele innych czynników.

Etap ustalania składki powinien prowadzić również do ustalenia zasad akceptacji i weryfikacji potencjalnych klientów, czyli stworzenia systemu pomocnego w podejmowaniu decyzji o tym, kogo, kiedy, na jakich warunkach i za jaką cenę można ubezpieczyć, jakie informacje są do tych ustaleń niezbędne.

Etap sprzedaży produktów jest również złożony. Składają się na niego czynności związane z określeniem grup potencjalnych klientów, kanałów dystrybucji produktów, aż po etap, na którym zawierana jest umowa z konkretnym klientem. Zatem zakres czynności, jakie można wskazać na tym etapie, jest bardzo szeroki – od badania rynku, po zawieranie umów ubezpieczenia, połączone niekiedy ze składaniem oświadczeń woli.

Na **etapie likwidacji szkód** dochodzi do realizacji świadczeń wynikających z zawartej umowy ubezpieczenia. W przypadku gdy zrealizowało się zdarzenie ubezpieczeniowe, klient (lub poszkodowany w ubezpieczeniach OC) zgłasza szkodę, natomiast rolą zakładu ubezpieczeń jest dokonanie weryfikacji przyczyn i okoliczności zdarzenia, sprawdzenie, czy było to zdarzenie spełniające definicje określone w umowie, oraz obliczenie wysokości należnego odszkodowania w oparciu o warunki umowy. Jest to kolejny złożony etap wymagający niejednokrotnie specjalistycznej wiedzy ekspertów z danej dziedziny. W przypadkach skomplikowa-

nych lub też spornych zadanie to wymaga również wiedzy z zakresu prawa. Warto pamiętać, że w niektórych typach ubezpieczeń świadczenie zakładu ubezpieczeń nie polega na wypłacie określonej kwoty pieniężnej, lecz na spełnieniu określonego świadczenia, np. w postaci usługi w ubezpieczeniach typu *assistance*, zatem tu likwidacja szkody może wymagać określonego działania, przykładowo zorganizowania pomocy czy zapewnienia noclegu. W takich przypadkach zakres czynności koniecznych do spełnienia świadczenia jest bardzo rozbudowany.

3.1.2. Gospodarka finansowa ubezpieczyciela

Poza wymienionymi obszarami działalności zakład ubezpieczeń wykonuje również szereg czynności związanych z szeroko rozumianą **gospodarką finansową** (o czym szerzej w podrozdz. 3.3). Znaczenie gospodarki finansowej zakładu ubezpieczeń wiąże się z koniecznością efektywnego zagospodarowania środków finansowych, które ubezpieczyciel uzyskał w wyniku działalności bezpośredniej, w wyniku zawierania umów ubezpieczenia i inkasowania składek ubezpieczeniowych. W ramach działalności finansowej prowadzona jest również kontrola kosztów związanych z działalnością ubezpieczyciela. Warto pamiętać, że ubezpieczyciele czerpią dodatkowe zyski z działalności finansowej, a te mogą mieć wpływ na poziom cen produktów ubezpieczeniowych, co z kolei wpływa korzystnie na atrakcyjność oferty ubezpieczyciela. Zatem gospodarka finansowa ubezpieczyciela wpływa na jego działalność bezpośrednią. Warto zaznaczyć, że na rozwiniętych rynkach ubezpieczeniowych ubezpieczyciele podlegają na ogół szeregowi wymogów kapitałowych, których istnienie ma oddziaływać korzystnie na bezpieczeństwo działalności (szerzej na temat wymogów kapitałowych w podrozdz. 3.3.1).

Jednym z podstawowych działań jest dokonanie szeregu kalkulacji, przede wszystkim kalkulacji wysokości **rezerw techniczno-ubezpieczeniowych** (szerzej w podrozdz. 3.3.2), czyli, w dużym uproszczeniu, kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów ubezpieczenia. W działalności ubezpieczeniowej zobowiązania są szacowane z wykorzystaniem różnych metod, w tym metod aktuarialnych. Na etapie szacowania rezerw trzeba wziąć pod uwagę wiele czynników, takich jak: typ produktu, charakterystyka poszczególnych ubezpieczonych, charakter świadczeń (jednorazowe czy płatne w formie renty), czynniki mające wpływ na częstość i wysokość roszczeń oraz ich rozkład w czasie. Warto pamiętać, że w przypadku najważniejszych rezerw ich wysokość stanowi pewną prognozę wysokości przyszłych zobowiązań, a zatem, jak każda prognoza, może być obarczona błędem.

Jak zaznaczono na wstępie rozdziału, drugim źródłem przychodów jest działalność polegająca na lokowaniu środków zakładu ubezpieczeń, tzw. **działalność lokacyjna**. Działalność ta w krajach rozwiniętych podlega wielu ograniczeniom nadzorczym, dotyczącym rodzajów dopuszczalnych inwestycji, ich zasięgu (instru-

menty krajowe, zagraniczne), poziomu ryzyka. Ograniczenia te mają na celu zapewnienie, że działania ubezpieczycieli będą stabilne, bezpieczne i płynne (szerzej w podrozdz. 3.3.3).

Ponadto ubezpieczyciele dokonują szeregu operacji mających na celu dalszy transfer ryzyka. Działalność ta to przede wszystkim działalność reasekuracyjna oraz metody alternatywne (o czym więcej w podrozdz. 3.4). Działania takie służą między innymi:

- podniesieniu finansowej siły ubezpieczyciela, a w szczególności gwarancji jego wypłacalności, spełnieniu wymogów ustawowych,
- wzrostowi pojemności ubezpieczeniowej,
- ochronie przed szkodami katastroficznymi,
- pomocy w stabilizacji wyników na działalności ubezpieczeniowej przez redukcję wahań szkodowości,
- dywersyfikacji portfela,
- dodatkowym źródłom dochodów (reasekuracja czynna).

Działalność ubezpieczeniowa oparta jest na transferze ryzyka, warto również pamiętać, że ubezpieczyciel jest także podmiotem działającym na rynku i również jego działalność jako uczestnika rynku wiąże się z ryzykiem. Do najważniejszych kategorii ryzyka występującego w działalności ubezpieczycieli można zaliczyć ryzyko:

- ubezpieczeniowe,
- rynkowe,
- kredytowe,
- operacyjne.

Na zakończenie tego podrozdziału warto nadmienić, że w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej ustawodawca wymienia tzw. **czynności ubezpieczeniowe** składające się na działalność ubezpieczeniową.

Przez działalność ubezpieczeniową rozumie się wykonywanie **czynności ubezpieczeniowych** związanych z oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia skutków **zdarzeń losowych**.

Zakład ubezpieczeń nie może wykonywać innej działalności poza działalnością ubezpieczeniową i bezpośrednio z nią związaną.

Katalog czynności wymienionych w ustawie nie jest jednak podzielony wg kryterium funkcjonalnego, lecz według tego, czy czynności te mogą być wykonywane przez ubezpieczyciela, czy też przez inne podmioty. Został on podzielony na trzy grupy.

I. Czynnościami ubezpieczeniowymi są:

1) zawieranie umów ubezpieczenia, umów reasekuracji lub umów gwarancji ubezpieczeniowych, lub zlecanie ich zawierania uprawnionym pośrednikom ubezpieczeniowym w rozumieniu ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym, a także wykonywanie tych umów;

2) składanie oświadczeń woli w sprawach roszczeń o odszkodowania lub inne świadczenia należne z tytułu umów, o których mowa w pkt 1;

3) ustalanie składek i prowizji należnych z tytułu zawieranych umów, o których mowa w pkt 1;

4) ustanawianie w drodze czynności cywilnoprawnych zabezpieczeń rzeczowych lub osobistych, jeżeli są one bezpośrednio związane z zawieraniem ww. umów.

II. Czynnościami ubezpieczeniowymi są również:

1) ocena ryzyka w ubezpieczeniach osobowych i ubezpieczeniach majątkowych oraz w umowach gwarancji ubezpieczeniowych;

2) wypłacanie odszkodowań i innych świadczeń należnych z tytułu umów ubezpieczenia, umów reasekuracji lub umów gwarancji ubezpieczeniowych;

3) przejmowanie i zbywanie przedmiotów lub praw nabytych przez zakład ubezpieczeń w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia lub umowy gwarancji ubezpieczeniowej;

4) prowadzenie kontroli przestrzegania przez ubezpieczających lub ubezpieczonych, zastrzeżonych w umowie lub w ogólnych warunkach ubezpieczeń, obowiązków i zasad bezpieczeństwa odnoszących się do przedmiotów objętych ochroną ubezpieczeniową;

5) prowadzenie postępowań regresowych oraz postępowań windykacyjnych odnoszących się do wierzytelności ubezpieczającego;

6) lokowanie środków zakładu ubezpieczeń;

7) wykonywanie innych czynności określonych w przepisach innych ustaw.

III. Czynnościami ubezpieczeniowymi są także następujące czynności, jeżeli są wykonywane przez zakład ubezpieczeń:

1) ustalanie przyczyn i okoliczności zdarzeń losowych;

2) ustalanie wysokości szkód oraz rozmiaru odszkodowań oraz innych świadczeń należnych uprawnionym z umów ubezpieczenia lub umów gwarancji ubezpieczeniowych;

3) ustalanie wartości przedmiotu ubezpieczenia;

4) czynności zapobiegania powstawaniu albo zmniejszeniu skutków wypadków ubezpieczeniowych lub finansowanie tych działań z funduszu prewencyjnego.

Zakład ubezpieczeń może zlecać wykonanie czynności, o których mowa w grupach II, III oraz w grupie I punkt 2, innym podmiotom. Czynności te wykonywane przez te podmioty są traktowane jak czynności ubezpieczeniowe, w zakresie, w jakim są wykonywane w imieniu i na rzecz zakładu ubezpieczeń. Obszar I i III to czynności, które można zaliczyć do działalności bezpośredniej zakładów ubezpieczeń, obszar II częściowo do działalności bezpośredniej, niektóre z czynności jednak trzeba zaliczyć do obszaru gospodarki finansowej ubezpieczycieli.

Pytania kontrolne

1. Działalność ubezpieczeniowa to działalność, która polega na:
   a) zawieraniu umów między zakładem ubezpieczeń prowadzącym działalność bezpośrednią a zakładem reasekuracyjnym?
   b) zawieraniu umów ubezpieczenia wyłącznie w zakresie ubezpieczeń majątkowych?
   c) zawieraniu umów ubezpieczenia wyłącznie w zakresie ubezpieczeń osobowych?
   d) zawieraniu umów ubezpieczenia (działalność ubezpieczeniowa bezpośrednia) lub zawieraniu umów między zakładem ubezpieczeń prowadzącym działalność bezpośrednią a zakładem reasekuracyjnym (działalność ubezpieczeniowa pośrednia – reasekuracyjna)?
2. Wymień i krótko opisz czynności ubezpieczeniowe.
3. Wymień, co się składa na działalność bezpośrednią ubezpieczyciela.
4. Wymień czynności związane z funkcjonowaniem zakładu ubezpieczeń.
5. Wskaż zdania prawdziwe:
   a) Zakres czynności wykonywanej przez dział aktuarialny obejmuje tylko czynności związane z działalnością bezpośrednią zakładu ubezpieczeń.
   b) Zakres czynności wykonywanej przez dział aktuarialny obejmuje tylko czynności związane z działalnością techniczno-ubezpieczeniową zakładu ubezpieczeń.
   c) Zakres czynności wykonywanej przez dział aktuarialny obejmuje tylko czynności związane z działalnością lokacyjną zakładu ubezpieczeń.
   d) Wszystkie zdania są fałszywe.
6. Uzasadnij, że tworzenie produktu ubezpieczeniowego przez ubezpieczyciela jest procesem ciągłym, podaj przykład.

3.2. Działalność bezpośrednia zakładów ubezpieczeń

E. Poprawska, A. Jędrzychowska

Podrozdział ten poświęcony jest tzw. działalności bezpośredniej zakładu ubezpieczeń, a więc tej części działalności, która się wiąże z oferowaniem ochrony ubezpieczeniowej. Zatem są to czynności związane z konstruowaniem produktów ubezpieczeniowych, ich sprzedażą i szeroko rozumianą obsługą, w tym likwidacją szkód, czyli czynnościami wiążącymi się z wywiązywaniem się ubezpieczycieli z zobowiązań wynikających z zawartych umów ubezpieczenia.

3.2.1. Konstrukcja produktów ubezpieczeniowych

W tym podrozdziale omówione zostaną najważniejsze kwestie związane z pojęciem produktu ubezpieczeniowego, jego elementami składowymi, najważniejszymi elementami „konstrukcji" produktu oraz najważniejszymi procesami, które związane są z tworzeniem ostatecznego kształtu produktu ubezpieczeniowego.

Pojęcie produktu ubezpieczeniowego, produkt a usługa

W literaturze w odniesieniu do ubezpieczenia stosuje się w zależności od przyjętej definicji oraz klasyfikacji dwa pojęcia: produkt i usługa. Na potrzeby tej książki przyjęto podstawowe definicje pojawiające się w literaturze z zakresu marketingu. Ogólnie terminem „produkt" określa się wytwory materialne lub niematerialne (procesy), które stanowią wartość dla konsumentów i które mogą być przedmiotem wymiany handlowej, czyli wszystko to, co można kupić/sprzedać. Produkt jest zatem zespołem korzyści, które mogą zaspokajać potrzeby potencjalnych klientów. Jest to definicja szeroka, obejmująca zarówno produkty w postaci rzeczy (dobra materialne), jak i to co nazywane jest usługami.

Analizując definicje usług, można zauważyć, że ubezpieczenie również je spełnia. Według definicji L. Garbarskiego, I. Rutkowskiego, W. Wrzoska „usługą jest działalność służąca zaspokajaniu potrzeb ludzkich, która nie znajduje żadnego ucieleśnienia w nowych dobrach materialnych" [Garbarski, Rutkowski, Wrzosek, 2000, s. 648]. Według definicji P. Kotlera „usługa jest dowolnym działaniem, jakie jedna strona może zaoferować innej; jest ono nienamacalne i nie prowadzi do jakiejkolwiek własności. Jego produkcja może być związana lub nie z produktem fizycznym" [Kotler, 1994, s. 426].

Warto wskazać też na najważniejsze cechy usługi i sprawdzić, na ile znajdują one potwierdzenie w tym, czym jest ubezpieczenie. Podstawowe cechy usługi wymieniono poniżej [Payne, 1997, s. 21; Furtak, 2003, s. 18–27].

- **Niematerialność** – usługi nie są związane z wytwarzaniem dóbr materialnych, nie mogą być ocenione przez potencjalnego nabywcę za pomocą zmysłów; ubezpieczenie to zespół korzyści dostarczanych ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń. Podstawową cechą jest zapewnienie ochrony ubezpieczeniowej, czyli poczucia bezpieczeństwa, a zatem ze swej istoty ubezpieczenie jak najbardziej ma charakter niematerialny.
- **Heterogeniczność (niejednolitość)** – brak powtarzalności sprzedawanych usług, wiąże się to z dużą rolą, jaką w procesie świadczenia usługi spełnia osoba ją świadcząca, ponadto cechy usługi kształtowane są nie tylko przez usługodawcę, ale i samego usługobiorcę.

Ubezpieczenie jest produktem niestandardowym. Ostateczny zakres świadczonej usługi zależny jest nie tylko od zakresu świadczeń określonego w definicjach, ale również od właściwości przedmiotu ubezpieczenia, np. w przypadku ubezpieczeń osobowych każdy z ubezpieczonych charakteryzuje się innymi cechami wpływającymi na ryzyko wypadku, choroby czy zgonu, nie ma dwóch identycznych osób, o identycznych genach (poza bliźniętami jednojajowymi), ale też o identycznym stanie zdrowia, nawykach, sposobie spędzania wolnego czasu, zatem w konsekwencji poziom ryzyka, które jest ubezpieczane, jest inny.

- **Nierozdzielność** – integralna łączność produktu–usługi z osobą wykonawcy oraz nierozdzielność aktu produkcji i konsumpcji (usługi są świadczone przez usługodawcę i jednocześnie konsumowane przez klienta):
  - ograniczony czas dostępności usługi dla nabywcy,
  - ograniczone możliwości zwiększania skali świadczenia usług.
- **Nietrwałość** – nie ma możliwości magazynowania usługi i wytwarzania jej na zapas, magazynowanie przybiera postać nadrozwoju potencjału, w przypadku ubezpieczeń ów nadrozwój potencjału wiąże się ze wzrostem siły finansowej ubezpieczyciela, co pozwoli mu na akceptację większego ryzyka.
- **Brak granic własności i możliwości przewłaszczenia** – niemożność nabycia prawa własności usługi [Mazur, 2001, s. 18], usługi nie mogą być przedmiotem wtórnego obrotu, brak możliwości ochrony patentowej, w przypadku ubezpieczenia brak możliwości przeniesienia własności i uprawnień do zgromadzonego funduszu, ale np. ubezpieczenie na życie może być użyte pod zastaw jako zabezpieczenie.

W przypadku ubezpieczeń można ponadto wymienić takie cechy, jak:

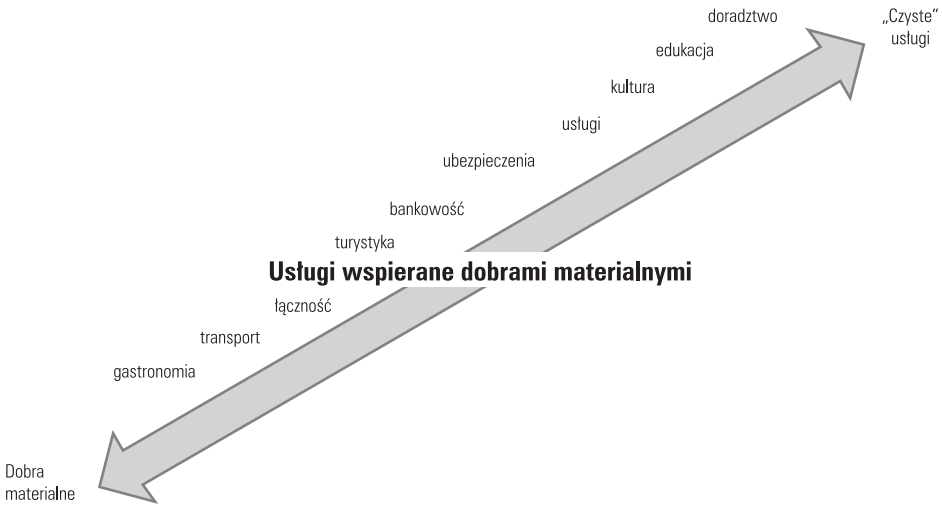
- **Przymus nabywania niektórych ubezpieczeń,** np. OC komunikacyjnego czy OC dla niektórych zawodów, jak architekt lub lekarz.
- **Indywidualny charakter ceny** – produkty ubezpieczeniowe nie posiadają jednolitej abstrakcyjnej ceny. Cenę kształtuje przykładowo polityka zakładu ubezpieczeń, historia szkodowości klienta, a także model przyjęty przez aktuariusza.
- **Odroczony i niepewny charakter użycia** – można bowiem uznać, że z ubezpieczenia korzysta się dopiero wtedy, gdy wystąpi zdarzenie ubezpieczeniowe, a to z definicji jest niepewne, zatem nie ma pewności, że ubezpieczenie się uruchomi.

W praktyce często mamy do czynienia z produktami o charakterze złożonym. Wyróżnia się następujące typy produktów:

- czysty produkt (czyste dobro materialne),
- produkt z towarzyszącymi mu usługami (dobro materialne + usługa), np. samochód, komputer,
- hybryda (pół na pół dobro materialne i usługa),
- usługa z towarzyszącymi dobrami,
- czysta usługa (nauka, wizyta u lekarza).

Ubezpieczenie jest hybrydą. Nie jest ani czystą usługą, jak np. usługi doradcze czy edukacyjne, ani nie jest też aż tak mocno wspierane przez dobra materialne, jak np. usługi związane z transportem czy gastronomią lub też turystyką.

Ubezpieczenie jest zatem w ujęciu węższym usługą, w szerszym, w rozumieniu przytoczonych definicji – produktem. Na potrzeby tego rozdziału wykorzystywane będzie szersze ujęcie ubezpieczenia – jako produktu. Jest on często przygotowywany przez brokera ubezpieczeniowego i często dotyczy kompleksowego ujęcia ryzyka dla przedsiębiorstwa czy rodziny.



Rysunek 3.2. Stopień niematerialności usług

Źródło: opracowanie własne.

Warto dodać, że produkt ubezpieczeniowy różni się od programu ubezpieczeniowego. Program ubezpieczeniowy stanowi bowiem zbiór przedsięwzięć zmierzających do ochrony wybranych rodzajów ryzyka, zagrażających osobie fizycznej lub prawnej.

Warto wskazać najważniejsze **elementy składowe produktu ubezpieczeniowego**. Są to:

- **Rdzeń produktu**, czyli to co stanowi właściwą istotę produktu. Z rdzeniem produktu ubezpieczeniowego wiąże się zaufanie do ubezpieczyciela, że ten w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego spełni świadczenie. W ramach rdzenia niektórzy autorzy rozróżniają ponadto:
  - rdzeń właściwy (istota), czyli ryzyko podstawowe produktu,
  - rdzeń *sensu largo*, czyli ryzyko dodatkowe produktu.
- **Otoczenie produktu**, na które składają się:
  - marka ubezpieczyciela, pozycja rynkowa i prestiż społeczny,
  - obowiązujące procedury,
  - poziom cen i sposób opłacania składek,
  - komunikacja z otoczeniem oraz intensywność i charakter więzi,
  - dostępność świadczonych usług sprzedażnych i posprzedażnych (informacja oraz likwidacja),

– stosowane środki materialne – widoczne dla nabywcy fizyczne elementy usługi, takie jak wygląd siedziby firmy i jej placówek sprzedaży, likwidacyjnych, wyposażenie agentów, wygląd stosownych druków itd.

Warto też wymienić korzyści, jakie wynikają dla nabywcy z zakupu produktu ubezpieczeniowego. Są to:

- korzyści dostarczone przez sam produkt ubezpieczeniowy (inaczej: autonomiczne lub samoistne), takie jak dostarczanie ochrony ubezpieczeniowej,
- korzyści dostarczone przez ubezpieczyciela wskutek przynależności do grupy ryzyka, którą on zarządza, oraz wskutek istnienia pakietów ubezpieczeniowych, które oferuje (np. korzystny wizerunek firmy ubezpieczanej przez ubezpieczyciela cieszącego się renomą),
- korzyści wynikające z systemu sprzedaży i obsługi (*service delivery system*) stosowanego w zakładzie ubezpieczeń, w tym korzyści wynikające z oszczędności czasu i kosztów przez kompleksową obsługę, jaką dzięki temu systemowi otrzymuje.

Różnice między ubezpieczeniami osobowymi a majątkowymi

Ubezpieczenia mają charakter bardzo zróżnicowany, różnice te wpływają zarówno na konstrukcję produktów, jak i proces ich dystrybucji, dalszej obsługi, underwriting czy wreszcie likwidację szkód. Należy zatem wskazać najważniejsze z podziałów (szerzej na ten temat w rozdz. 1). Najbardziej istotnym z punktu widzenia konstrukcji produktów jest podział ze względu na przedmiot ubezpieczenia na: ubezpieczenia osobowe i majątkowe. Najważniejsze elementy różnicujące przedstawione są w tabeli 3.1.

Różnice te zostały szerzej omówione w rozdziale 1.3, tu przytaczane są ze względu na istniejące różnice w konstrukcji najważniejszych elementów produktu oraz w procesach takich, jak np. underwriting, które zostaną scharakteryzowane w dalszej części rozdziału. Różnice istniejące na poziomie samej istoty produktów ubezpieczeń majątkowych i osobowych skutkują różnym podejściem i metodami stosowanymi w ustalaniu sumy ubezpieczenia, różnicami w charakterze świadczenia, w podejściu do oceny ryzyka i wreszcie stosowaniu ograniczeń odpowiedzialności.

Tabela 3.1. Różnice między produktami ubezpieczeń osobowych i majątkowych

Kryteria	Ubezpieczenia osobowe	Ubezpieczenia majątkowe
Przedmiot	Ryzyko osobowe obejmujące życie, zdrowie i zdolność do pracy (dobra osobiste, prawa niemajątkowe)	Ryzyko majątkowe obejmujące prawa i obowiązki majątkowe osoby ubezpieczonej oraz odpowiedzialność cywilną
Podmiot	Osoby fizyczne	Osoby fizyczne i prawne
Szkoda	Ma charakter niewymierny wyrażony w pieniądzu i nie zawsze ma charakter negatywny	Ma charakter wymierny w pieniądzu i zawsze ma charakter zdarzenia negatywnego*
Suma ubezpieczenia	Swobodnie ustalana przez strony umowy	Ustalana na podstawie wartości przedmiotu ubezpieczenia lub określona umownie/ustawowo (suma gwarancyjna w ubezpieczeniach OC)
Charakter świadczenia	Świadczenie	Odszkodowanie/świadczenie**
Czas	Zazwyczaj długoterminowe (powyżej roku) – wyjątek NNW i KL	Wyłącznie krótkoterminowe (do 1 roku)

* W przypadku ubezpieczeń OC świadczenie wypłacane jest zarówno za szkody majątkowe, jak i za szkody na osobie (w tym również zadośćuczynienie za ból i cierpienie), zatem, podobnie jak w ubezpieczeniach osobowych, może mieć charakter niewymierny.

** W tym świadczenia za szkody osobowe w OC.

Źródło: opracowanie własne.

Zarządzanie ryzykiem ubezpieczeniowym (w tym underwriting)

Do skutecznego działania ubezpieczycielowi niezbędna jest znajomość najważniejszych elementów, które wpływają na ryzyko wystąpienia zdarzeń losowych u swoich klientów. Ryzyko to wpływa na wysokość przyszłych świadczeń i odszkodowań, a zatem jego właściwe oszacowanie jest kluczowe w procesie ustalania wysokości składek, które z jednej strony powinny być atrakcyjne dla klientów, a z drugiej powinny dostarczyć ubezpieczycielowi środków na wywiązanie się z zobowiązań. Koniecznością jest więc szacowanie i kontrola tego ryzyka. Proces ten jest nazywany **zarządzaniem ryzykiem ubezpieczeniowym**. W procesie zarządzania ryzykiem ubezpieczeniowym kluczową rolę odgrywa underwriting. Jest on definiowany w ujęciu węższym jako proces selekcji i klasyfikacji wniosków o zawarcie umowy ubezpieczenia, w ujęciu szerszym jako ogół czynności wykonywanych w celu oszacowania, zaakceptowania (na odpowiednich warunkach) lub odrzucenia ryzyka ubezpieczenia.

Underwriting to:

- proces selekcji i klasyfikacji wniosków o zawarcie umowy ubezpieczenia,

- ogół czynności wykonywanych w celu oszacowania, zaakceptowania na odpowiednich warunkach lub odrzucenia ryzyka ubezpieczeniowego.

Rolę underwritera w zakładzie ubezpieczeń można porównać z funkcją analityka kredytowego w bankowości. Głównym jego zadaniem jest ocena ryzyka związanego z klientem lub grupą klientów i wskazanie czynników, które mają wpływ na cenę, jaką powinien on zapłacić. Zmienne, które są brane pod uwagę przy obliczeniach, jakie wykonuje underwriter, zależą od produktu ubezpieczeniowego i specyfiki klienta lub też grupy klientów. W przypadku dużych klientów i nietypowych transakcji wyceny przygotowywane są indywidualnie. Każda z firm ubezpieczeniowych ma własne wytyczne dotyczące tolerancji ryzyka, ale wszystkie opierają się na podobnych modelach.

Główne **cele** underwritingu to:

- zapobieganie wystąpieniu zjawiska antyselekcji ryzyka (selekcji negatywnej) – z antyselekcją mamy do czynienia wtedy, gdy popyt na ubezpieczenia zgłaszają osoby o ponadprzeciętnym niebezpieczeństwie wystąpienia szkody;
- zapewnienie równowagi portfela (kategorie ryzyka bardziej szkodowe powinny być rekompensowane przez mniej szkodowe), właściwy dobór liczby poszczególnych kategorii ryzyka w portfelu ubezpieczeniowym, tak by ich łączna szkodowość nie była wyższa od zakładanej, czyli aby przyszły przebieg szkodowości dla danej grupy ubezpieczeń był zbliżony do historycznego przebiegu, na podstawie którego wyznaczono stawkę taryfową;
- zapewnienie opłacalności wykonywania działalności ubezpieczeniowej.

Zatem czynności składające się na underwriting ubezpieczeniowy to m.in. analiza ryzyka ubezpieczeniowego, selekcja ryzyka ubezpieczeniowego – jego dobór poprzez eliminację jednych elementów i akceptację innych, klasyfikacja ryzyka ubezpieczeniowego według przyjętych zasad.

Podstawowe **etapy procesu** underwritingu to:

- analiza ryzyka wnoszonego do ubezpieczenia, w tym identyfikacja ryzyka oraz oszacowanie ryzyka,
- selekcja ryzyka,
- klasyfikacja ryzyka (taryfowanie lub odrzucenie wniosku),
- określenie zapotrzebowania na reasekurację,
- kwotacja składki i zawarcie umowy ubezpieczenia.

Pierwszym etapem jest analiza ryzyka. Ubezpieczyciel powinien ocenić, jakie zdarzenia losowe zagrażają ubezpieczonemu, następnie określić prawdopodobieństwo ich zajścia, zdefiniować, jakie skutki mogą wywołać, w tym ocenić także, jakie mogą być ich finansowe konsekwencje.

Identyfikacja ryzyka odbywa się z wykorzystaniem różnych **źródeł informacji**, należą do nich między innymi:

- wniosek o zawarcie ubezpieczenia – analiza wypełnionego przez ubezpieczającego kwestionariusza, w tym analiza dotychczasowej historii szkodowości,

- dodatkowe informacje od pośrednika,
- raporty wyspecjalizowanych instytucji,
- informacje od jednostek współpracujących z zakładem ubezpieczeń,
- badania, opisy, statystyki prowadzone przez zakład jak i instytucje zewnętrzne itp.

Identyfikacja ryzyka ma na celu określenie m.in.:

- ogólnej charakterystyki podmiotu i przedmiotu ubezpieczenia (odbiciem tego będą definicje w OWU – szerzej w dalszej części rozdziału),
- relacji występujących między podmiotem i przedmiotem ubezpieczenia a otoczeniem,
- sytuacji majątkowej i finansowej ubezpieczonego,
- poziomu zabezpieczeń przed wystąpieniem szkody,
- dotychczasowego przebiegu szkodowości.

Następnie ubezpieczyciel szacuje wysokość ewentualnego świadczenia, wie już, jaka szkoda może wystąpić, może zatem oszacować koszt jej likwidacji. Analizując dane statystyczne na temat ubezpieczonych o podobnym profilu ryzyka, ubezpieczyciel może oszacować częstość występowania szkód o określonej wysokości i w konsekwencji przewidzieć, ile środków będzie musiał zgromadzić na pokrycie zobowiązań. Pomocne na tym etapie są różne stosowane w praktyce miary do szacowania wielkości szkód.

Do **najważniejszych miar** stosowanych w ubezpieczeniach majątkowych należą:

- **Maksymalna możliwa strata** – to maksymalna możliwa szkoda, która może wystąpić przy najbardziej niekorzystnym zbiegu okoliczności. Przykładowo taką sytuacją może być pożar, który nie zostanie ugaszony, ale jego rozwój będzie zatrzymany na oddzieleniach przeciwpożarowych lub wskutek braku materiałów palnych (za Munich Re).
- **Maksymalna prawdopodobna strata** – prawdopodobna (nie teoretycznie możliwa) maksymalna szkoda, to jest maksymalna szkoda, której możemy spodziewać się w wyniku jednego zdarzenia, z uwzględnieniem wszystkich okoliczności mających wpływ na ryzyko (za Munich Re).

Strata, która może powstać, gdy zdarzą się najbardziej niekorzystne okoliczności, mniej lub bardziej wyjątkowo ze sobą powiązane, i gdy powstała – jako jej rezultat – realizacja ryzyka nie będzie wcale lub też będzie zwalczana w sposób niewystarczający, a rozwój szkody może być zatrzymany tylko poprzez nieprzekraczalne przeszkody lub wyczerpanie się dóbr zagrożonych szkodą (def.: Comité Européen des Assurances).

- **Maksymalna szacunkowa strata** – maksymalna strata, jaka może się wydarzyć w normalnych warunkach działalności, z uwzględnieniem wszystkich elementów ochronnych. Nie uwzględnia się odległych zbiegów okoliczności i katastrof, które mogą się zdarzyć, ale które pozostają (praktycznie) mało prawdopodobne

(def.: Reinsurance Offices Association). Przykładem może tu być zalanie nieruchomości, straty prawdopodobnie pojawią się w piwnicach, na parterze i pierwszym piętrze, wyższe poziomy raczej nie zostaną zalane.

Warto zaznaczyć, że definicje stosowane przez instytucje rynku ubezpieczeniowego w zakresie powyższych pojęć nie do końca są spójne.

Po identyfikacji ryzyka i oszacowaniu wysokości ewentualnych świadczeń ubezpieczyciel przystępuje do manipulacji ryzykiem w celu ograniczenia zjawiska selekcji negatywnej. W procesie underwritingu istnieje kilka sposobów na wpływanie na poziom ryzyka ubezpieczyciela, wśród nich:

- stymulowanie ubezpieczających do „polepszenia ryzyka", np. przez działania prewencyjne (w przypadku dużego ryzyka możliwe jest zastosowanie działań prewencyjnych, np. ubezpieczyciel zmniejsza prawdopodobieństwo kradzieży samochodu przez uzależnienie zawarcia umowy ubezpieczenia AC od montażu alarmu antywłamaniowego);
- tworzenie wśród ubezpieczających świadomości istnienia związku między rozmiarami ryzyka a warunkami ochrony ubezpieczeniowej, np. przez prezentację symulacji różnych wypadków ubezpieczeniowych i ich konsekwencji finansowych;
- eliminowanie z portfeli ubezpieczeniowych nielosowych elementów ryzyka, czyli unikanie ryzyka (jeśli ryzyko jest bardzo duże i ubezpieczyciel go unika przez rezygnację z zawarcia umowy, warto zaznaczyć, że nie jest to możliwe według obecnego stanu prawnego w Polsce w odniesieniu do ubezpieczeń obowiązkowych), przykładem takiego eliminowania ryzyka może być odmowa ubezpieczenia na życie osobie w podeszłym wieku (często granicą jest 65 lat);
- dostosowanie warunków ochrony ubezpieczeniowej do faktycznych rozmiarów ubezpieczanego ryzyka, np. przez ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela (przez techniczne elementy umowy, takie jak np. franszyza – szerzej w dalszej części rozdziału) oraz dzielenie potencjalnych klientów na klasy, dla których stosowane są różne zakresy ochrony ubezpieczeniowej w zależności od wielkości ryzyka;
- obniżanie kosztów ochrony ubezpieczeniowej w skali całego portfela ubezpieczonych, np. przez wprowadzanie takich ograniczeń, jak franszyza integralna (szerzej opisana w dalszej części rozdziału), za pomocą której eliminuje się zgłaszanie przez klientów drobnych szkód, których obsługa jest bardzo kosztowna w odniesieniu do ich wysokości;
- obniżanie kosztów odszkodowań i świadczeń wypłacanych przez zakład ubezpieczeń, np. przez współpracę (wynegocjowanie niższych cen) z autoryzowanymi warsztatami samochodowymi, w których następują naprawy pokrywane z ubezpieczenia AC;
- zwiększanie liczby ubezpieczonych o zbliżonych parametrach w celu stabilizacji portfela i ograniczenia jego szkodowości.

Zatem w celu realizacji wspomnianej manipulacji ryzykiem underwriter dokonuje **selekcji** ryzyka, a następnie jego **klasyfikacji**. Selekcja ryzyka to proces oceny

wniosków w celu określenia stopnia zagrożenia. Na tym etapie ważne jest przede wszystkim wykrycie ryzyka szczególnie dużego i niebezpiecznego. Właśnie na tym etapie podejmowana jest decyzja o akceptacji lub odrzuceniu ryzyka. Polityka selekcji ryzyka powinna wynikać ze strategii rozwojowej ubezpieczyciela i realizować strategiczne zadania firmy, bowiem określane są w jej ramach obszary i rodzaje ubezpieczeń, które mają być rozwijane, oraz te, z których dany zakład ubezpieczeń chce zrezygnować bądź do których nie chce wchodzić.

Klasyfikacja to proces przydziału ubezpieczonego oraz przedmiotu ubezpieczenia do grupy jednostek (w przybliżeniu) o tych samych prawdopodobieństwach oczekiwanej szkody, zebranie różnych rodzajów ryzyka w klasy i wyznaczenie taryf uśrednionych na podstawie cech charakteryzujących daną grupę oraz przebiegu szkodowości.

Kolejnym z etapów underwritingu jest też określenie zapotrzebowania na reasekurację (o reasekuracji więcej w podrozdz. 3.4). Etap ten jest szczególnie istotny w przypadku akceptacji ryzyka odbiegającego od ryzyka typowego, szczególnie wtedy gdy prawdopodobieństwo realizacji ryzyka jest wysokie bądź ewentualne świadczenie będzie/może być wysokie. Zakład ubezpieczeń pomimo dużego zagrożenia koniecznością wypłaty wysokiego odszkodowania może być zainteresowany przyjęciem takiego ryzyka, przykładowo dlatego, że wraz z nim ubezpieczający wnosi do ubezpieczenia inne rodzaje ryzyka, które ubezpieczyciel umie dobrze wycenić i które nie generują takiego zagrożenia.

Kwotacja składki i zawarcie umowy ubezpieczenia jest niejako zwieńczeniem procesu underwritingu. Wysokość składek ustalana jest przez aktuariusza, który robi to, opierając się na analizie ryzyka dokonanej w procesie underwritingu. Ostateczna wysokość składki zależna jest od poziomu ryzyka, zastosowanych ograniczeń odpowiedzialności oraz innych środków (np. zniżek składki w przypadku zamontowania systemów alarmowych itp., a zwyżek w przypadku zaklasyfikowania ubezpieczonego do grupy podwyższonego ryzyka, np. nieruchomości znajdujących się na terenach zalewowych). Warto zaznaczyć, że underwriting jest procesem, który nie kończy się wraz z podpisaniem umowy ubezpieczenia. Ryzyko ubezpieczeniowe musi być w dalszym ciągu monitorowane.

Na koniec analizy underwritingu należy wskazać na różnice, jakie występują w nim w odniesieniu do ubezpieczeń na życie oraz ubezpieczeń nieżyciowych.

Underwriting w ubezpieczeniach non-life

W przypadku ubezpieczeń nieżyciowych trzeba pamiętać przede wszystkim o ich dużym zróżnicowaniu. Ze względu na to, jak różne mogą być czynniki ryzyka w przypadku różnych składników szeroko rozumianego majątku, konieczna jest specjalizacja osób zajmujących się poszczególnymi produktami. Ponadto konieczny jest szczegółowy zasób informacji na temat majątku oraz specjalistyczna wiedza, np. z zakresu technologii produkcji itp. Stąd osoby zajmujące się akceptacją ryzyka

posiadają bardzo duże kompetencje w tym zakresie, oparte na indywidualnym doświadczeniu. W tym przypadku często korzysta się z opracowań przygotowanych przez rzeczoznawców.

Specyfiką ubezpieczeń majątkowych jest również występowanie wielu ubezpieczeń obowiązkowych, w przypadku których ubezpieczyciel nie może odmówić zawarcia ubezpieczenia obowiązkowego oraz w wielu z nich nie może kształtować ogólnych warunków ubezpieczenia. Zatem dostępnymi rozwiązaniami w tych przypadkach są rozbudowane systemy zniżek i zwyżek składki, uzależnianie wysokości składki od rozbudowanej liczby czynników oraz indywidualnej historii szkodowości.

Underwriting w ubezpieczeniach life

W przypadku ubezpieczeń życiowych, w których przedmiotem ubezpieczenia jest życie, zdrowie czy też zdolność do pracy, w procesie underwritingu analizuje się przede wszystkim te czynniki, które mają największy wpływ na ryzyko zgonu, wypadku czy zachorowania. Zatem analizowane są parametry związane:

- ze stanem zdrowia (np. wiek, płeć, przebyte choroby, występowanie nadwagi itp.),
- z wykonywanym zawodem (częstość podróżowania, szkodliwe warunki pracy, poziom stresu itp.),
- z nawykami i sposobem spędzania wolnego czasu (np. uprawianie sportów ekstremalnych, nałogi).

Środkami stosowanymi w procesie underwritingu w ubezpieczeniach na życie są m.in. ankieta medyczna, badania lekarskie, wywiad środowiskowy itp. Ich stosowalność zależy przede wszystkim od wieku potencjalnego ubezpieczonego, zakresu i sumy ubezpieczenia.

Schemat OWU (definicje – różnice, przedmiot, zakres, wyłączenia, obowiązki stron)

Ogólne warunki ubezpieczenia to dokument, który zawiera najważniejsze postanowienia mające wpływ na ostateczny kształt produktu ubezpieczeniowego.

Najważniejsze elementy, które muszą być określone w OWU:

- przedmiot i zakres ubezpieczenia (w tym **definicje** przedmiotu ubezpieczenia, zdarzeń ubezpieczeniowych, wyłączenia odpowiedzialności),
- sposób zawarcia umowy ubezpieczeniowej,
- zakres i czas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
- prawa i obowiązki stron umowy,
- tryb, warunki, sposób i powody wypowiedzenia umowy przez ubezpieczającego i ubezpieczyciela,
- sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej oraz opłat dodatkowych.

Warto zaznaczyć, że takie elementy, jak np. definicje zawarte w OWU, lista wyłączeń odpowiedzialności czy zastosowane elementy ograniczające odpowiedzialność ubezpieczyciela, są wynikiem identyfikacji i oceny ryzyka, zatem pracy underwritera, oraz muszą również uwzględniać opinie aktuariusza, jak i osób zajmujących się likwidacją szkód oraz prawników.

Najważniejszymi elementami OWU są **definicje** zarówno przedmiotu ubezpieczenia, jak i zdarzeń ubezpieczeniowych oraz wyłączeń odpowiedzialności. Definicje te muszą być skonstruowane w sposób jednoznaczny i precyzyjny. Zdarzenia ubezpieczeniowe powinny spełniać warunek ubezpieczalności, zatem między innymi muszą dać się wycenić w pieniądzu. Muszą ponadto istnieć dane statystyczne, na podstawie których dokonana będzie kalkulacja składek czy też rezerw, czyli definicje powinny być tak skonstruowane, aby kalkulacje te były możliwe.

Przedmiotem ubezpieczenia mogą być:

- w ubezpieczeniach majątkowych – każdy interes majątkowy dający się wyrazić w pieniądzu, czyli mienie i odpowiedzialność cywilna,
- w ubezpieczeniach osobowych – życie, zdrowie, zdolność do pracy ubezpieczonej osoby (czyli śmierć, wszystkie czynniki chorobowe, trwała niezdolność do pracy ze względów ekonomicznych, chorób itp.).

Zdefiniowanie przedmiotu ubezpieczenia ma wpływ na zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela i w konsekwencji na poziom zobowiązań wobec klienta. Z punktu widzenia ubezpieczającego istotne jest zapoznanie i zrozumienie definicji, gdyż od tego zależy poziom udzielanej ochrony ubezpieczeniowej. Dla przykładu w ubezpieczeniach AC przedmiotem ubezpieczenia może być pojazd wraz z wyposażeniem standardowym. W przypadku takiego określenia warto przeanalizować, co ubezpieczyciel definiuje jako wyposażenie standardowe, czy np. jest to radio, nawigacja, czy definicja dotyczy np. wyłącznie fabrycznie montowanych elementów wyposażenia. W przypadku np. ubezpieczenia OC narciarzy warto zwrócić uwagę na to, czy przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone podczas jazdy na dowolnym stoku, czy też jest ona ograniczona do poruszania się po określonych trasach.

Zdarzenia ubezpieczeniowe również mogą być definiowane przez różnych ubezpieczycieli w odmienny sposób. Z punktu widzenia ubezpieczającego warto zwracać na ten fakt uwagę, porównując oferty różnych ubezpieczycieli. Problematyczne definicje mogą się pojawić zarówno w przypadku ubezpieczeń majątkowych (jak np. problematyczne definicje suszy w ubezpieczeniach rolnych, zalania, powodzi, szkód wodociągowych w ubezpieczeniach nieruchomości), jak i w przypadku ubezpieczeń osobowych, gdzie często definicje zdarzeń, takich jak np. zawał mięśnia sercowego, bywają skonstruowane w sposób, który jest nie do końca jednoznaczny lub przestarzały. Z punktu widzenia ubezpieczyciela właściwe zdefiniowanie zdarzeń ubezpieczeniowych pozwala uniknąć zarówno wyłudzeń odszkodowań, jak i sytuacji, w których rozstrzygnięcia dokonywane są na drodze sądowej.

W przypadku **wyłączeń odpowiedzialności** ubezpieczyciela warto zwracać uwagę zarówno na ich liczbę, jak i rodzaj. Typowe wyłączenia odpowiedzialności to zdarzenia powstałe na skutek winy umyślnej, rażącego niedbalstwa, spowodowania szkody pod wpływem alkoholu lub innych środków, działań wojennych, aktów terroru. Lista wyłączeń odpowiedzialności może być niekiedy bardzo rozbudowana, co w praktyce znacznie ogranicza zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Elementy, takie jak sposób zawarcia umowy ubezpieczenia, zakres i czas trwania ochrony ubezpieczeniowej, prawa i obowiązki stron, warunki wypowiedzenia, zostały szerzej opisane w podrozdziale 1.5 (umowa i stosunek ubezpieczenia), zatem nie będą teraz rozwijane. Natomiast warto przeanalizować dokładniej elementy konstrukcji ubezpieczenia, takie jak sposoby ustalania sumy ubezpieczenia, systemy odpowiedzialności, ograniczenia odpowiedzialności.

Elementy konstrukcji ubezpieczenia (ustalanie sumy ubezpieczenia, systemy odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, franszyza, udział własny)

Suma ubezpieczenia, a w ubezpieczeniach OC – suma gwarancyjna, stanowią górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Jej prawidłowe ustalenie wpływa na spełnienie jednej z podstawowych zasad, jakim powinny podlegać ubezpieczenia, mianowicie, zasady pełności ochrony ubezpieczeniowej. Sposoby ustalania sumy ubezpieczenia przeanalizowane zostaną odrębnie dla ubezpieczeń majątkowych (w ramach tej części omówiony zostanie również problem sumy gwarancyjnej w ubezpieczeniach OC) i ubezpieczeń osobowych, ze względu na istotne różnice w charakterze tych ubezpieczeń.

Ustalanie sumy ubezpieczenia/sumy gwarancyjnej w ubezpieczeniach majątkowych

W ubezpieczeniach majątkowych suma ubezpieczenia powinna odpowiadać wartości przedmiotu ubezpieczenia.

W przypadku **ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej** określa się tzw. **sumę gwarancyjną**, która ogranicza odpowiedzialność ubezpieczyciela. Trudno tu mówić o wartości przedmiotu ubezpieczenia i ustalaniu sumy ubezpieczenia na tej podstawie, gdyż przedmiotem tym jest odpowiedzialność finansowa za szkody wyrządzone osobom trzecim. Odpowiedzialność ta jest trudna do wyceny przed zajściem wypadku ubezpieczeniowego, czyli na etapie zawierania umowy, gdyż nie wiadomo komu, kiedy i jaką szkodę wyrządzić może ubezpieczony. Ponadto w przypadku ubezpieczeń OC należy pamiętać, że szkody z nich pokrywane mogą zaistnieć zarówno na

mieniu, jak i na osobie. Te drugie świadczenia (np. za uszczerbek na zdrowiu czy śmierć w wyniku wypadku komunikacyjnego) są najtrudniejsze do wyceny.

Bazą do ustalenia wielkości sumy ubezpieczenia jest wartość przedmiotu ubezpieczenia.

Wartość przedmiotu ubezpieczenia można ustalić, opierając się na:
1) wartości odtworzeniowej,
2) wartości rzeczywistej i wartości ograniczonej (wartość upłynnienia),
3) wartości księgowej brutto/netto,
4) wartości rynkowej,
5) wartości nowej.

Dla niektórych składników majątku stosowana może być w praktyce każda z wymienionych wartości, dla innych sensowne wydaje się wykorzystanie tylko wybranych.

Wartość odtworzeniowa to wartość odpowiadająca kosztom zakupu, odbudowy lub remontu przedmiotu ubezpieczenia tego samego rodzaju i parametrów technicznych, jak mienie utracone/zniszczone w wyniku zajścia zdarzenia losowego, powiększona o koszty transportu i montażu.

Suma ubezpieczenia oparta na wartości odtworzeniowej powinna zapewnić odszkodowanie w wysokości umożliwiającej:

- w razie szkody całkowitej – odtworzenie mienia do stanu nowego, bez względu na to, w jakim momencie trwania polisy do niej dojdzie (szkoda całkowita występuje, gdy rzecz uległa zniszczeniu w takim stopniu, że nie nadaje się do naprawy, albo gdy koszty naprawy przekroczyłyby wartość rzeczy w dniu likwidacji szkody);
- w razie szkody częściowej – naprawę bez negatywnych konsekwencji dla dalszego funkcjonowania (naprawa z użyciem nowych elementów).

Taki sposób ustalania sumy ubezpieczenia jest stosowany wobec składników rzeczowego majątku trwałego o niewielkim stopniu zużycia (poniżej 40%) majątku trwałego lub obrotowego.

Wartość rzeczywista (techniczna) to wartość odtworzeniowa pomniejszona o stopień zużycia w dniu szkody. Stosowana jest wtedy, gdy stopień zużycia przedmiotu ubezpieczenia jest znaczny (w niektórych opracowaniach podaje się, że większy niż 40%):

$$\textit{wartość rzeczywista (techniczna)} = \textit{wartość odtworzeniowa} - \textit{zużycie}$$

W przypadku elementów majątku, które szybko tracą na wartości, np. sprzętu elektronicznego, który amortyzuje się w błyskawicznym tempie i po dwóch latach wart jest mniej niż połowę ceny zakupu, ubezpieczający go w wartości rzeczywistej otrzyma mniej środków, które będą potrzebne do pełnego odbudowania stanu majątkowego poprzedzającego zdarzenie szkodowe. Ubezpieczenie w wartości odtworzeniowej pozwoli na odbudowanie stanu majątkowego sprzed szkody.

Wartość upłynnienia to cena, jaką można otrzymać za dane mienie w krótkim czasie na rynku. Elementy majątku, których stopień zużycia jest na tyle duży, że nie pozwala na dalsze ich użytkowanie zgodnie z przeznaczeniem, mogą zostać ubezpieczone na sumę odpowiadającą wartości upłynnienia.

Wartość księgowa brutto to początkowa księgowa wartość mienia z uwzględnieniem kolejnych przeszacowań wartości. Jest ona zwykle niższa od wartości odtworzeniowej. W przypadku stosowania wartości księgowej odszkodowanie nie może przekroczyć tej części wartości księgowej brutto, która odpowiada procentowemu stopniowi jego uszkodzenia.

Czasem stosuje się wartość księgową netto, która równa jest wartości księgowej brutto pomniejszonej o amortyzację. Warto zaznaczyć, że ten system ustalania sumy ubezpieczenia oparty na wartości księgowej stosowany jest coraz rzadziej.

Wartość rynkowa określana jest na podstawie najbardziej prawdopodobnej lub przeciętnej ceny możliwej do uzyskania na rynku, przy czym w przypadku rzeczy uwzględnia się stan, w jakim znajdują się rzeczy i stopień ich zużycia. Wartość rynkowa jest w praktyce ubezpieczeniowej stosowana głównie do takich składników majątku, jak np. papiery wartościowe czy nieruchomości.

Wartość nowa to wartość nabycia mienia nowego tego samego rodzaju. Zwykle stosowana jest z limitem czasowym od daty zawarcia umowy i limitem dotyczącym stopnia zużycia mienia.

W przypadku bardzo specyficznych elementów majątku podstawę ustalenia sumy ubezpieczenia może stanowić wartość określana w odmienny sposób, np. dla **dokumentów upoważniających do rozporządzania pieniędzmi** może to być wartość związanego z nimi konta, a dla **dzieł sztuki, obrazów** – kwota, jaką należałoby wydać na sporządzenie możliwie najlepszej kopii, choć w takich specyficznych przypadkach, zwłaszcza unikatowych dzieł sztuki, podstawę ustalenia sumy ubezpieczenia stanowią specjalistyczne oceny ekspertów.

Warto również zaznaczyć, że ustalenie w prawidłowy sposób sumy ubezpieczenia ma wpływ, po pierwsze, na wysokość składki ubezpieczeniowej, po drugie, na ostateczną wysokość odszkodowania. Dzieje się tak dlatego, że przy ustalaniu wysokości odszkodowania brana jest pod uwagę relacja między wartością przedmiotu ubezpieczenia a sumą ubezpieczenia.

Mogą tu być zastosowane trzy warianty:

WPU = SU	pełne ubezpieczenie	
WPU > SU	niedoubezpieczenie	świadczenie maksymalnie do wysokości SU
WPU < SU	nadubezpieczenie	świadczenie maksymalnie do wysokości WU

Objaśnienie: WPU – wartość przedmiotu ubezpieczenia, SU – suma ubezpieczenia.

Nadubezpieczenie

Sytuacja, w której suma ubezpieczenia jest wyższa niż wartość przedmiotu ubezpieczenia, nazywana jest nadubezpieczeniem. W ubezpieczeniu mienia suma ubezpieczenia powinna, co do zasady, odpowiadać wartości ubezpieczanego mienia, z drugiej strony, wysokość odszkodowania nie powinna przekraczać wysokości szkody, dlatego nawet w przypadku szkody całkowitej odszkodowanie nie przekroczy wartości przedmiotu ubezpieczenia. Jednocześnie składka ubezpieczeniowa jest zależna od sumy ubezpieczenia. W przypadku gdy ma się do czynienia z sytuacją, w której ubezpieczający płaci zawyżoną składkę ubezpieczeniową, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń i tak limitowana jest wartością przedmiotu ubezpieczenia. Zatem ustalanie sumy ubezpieczenia powyżej wartości przedmiotu ubezpieczenia jest bezcelowe.

Niedoubezpieczenie

Sytuacja, w której suma ubezpieczenia jest niższa niż wartość przedmiotu ubezpieczenia, jest nazywana niedoubezpieczeniem. Dla ubezpieczającego to również sytuacja niekorzystna. Wprawdzie ubezpieczający płaci mniejszą składkę z powody niższej sumy ubezpieczenia, jednak w przypadku wystąpienia szkody musi się liczyć z następującymi negatywnymi konsekwencjami.

- W przypadku szkody całkowitej odszkodowanie będzie limitowane przez wysokość sumy ubezpieczenia, zatem będzie niższe niż wysokość poniesionej szkody. Przykładowo, jeżeli budynek o wartości 200 000 zł został ubezpieczony na kwotę 150 000 zł, w razie jego całkowitego zniszczenia ubezpieczyciel wypłaci wysokość sumy ubezpieczenia, czyli 150 000 zł.
- W przypadku szkody częściowej ubezpieczyciel zmniejszy wypłacone odszkodowanie proporcjonalnie do relacji między sumą ubezpieczenia a wartością przedmiotu ubezpieczenia. Jeżeli, podobnie jak w poprzednim przykładzie, budynek o wartości 200 000 zł został ubezpieczony na kwotę 150 000 zł, w razie częściowej szkody wycenionej na 40 000 zł ubezpieczyciel ustali proporcję między sumą ubezpieczenia a wartością przedmiotu ubezpieczenia, w tym przypadku wynosi ona 150 000/200 000, czyli trzy czwarte. Wypłacone odszkodowanie zostanie zatem ograniczone do trzech czwartych wysokości szkody, a wysokość wypłaconego odszkodowania wyniesie 30 000 zł zamiast 40 000 zł.

Ustalanie sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniach osobowych

W ubezpieczeniach osobowych przedmiotem ubezpieczenia jest życie, zdrowie lub zdolność do pracy.

Są to elementy trudne do wyceny, nie sposób przecież oceniać, ile warte jest życie konkretnej osoby. Zatem **suma ubezpieczenia ma charakter umowny** (wyjątkiem mogą być jednak np. ubezpieczenia, w ramach których pokrywane są koszty leczenia, gdyż w tym przypadku można podać konkretną wartość/cenę procedur medycznych, które wchodzą w skład świadczeń pokrywanych przez ubezpieczyciela).

Biorąc pod uwagę cel, któremu ma służyć ubezpieczenie, można w ustalaniu sumy ubezpieczenia posłużyć się takimi przesłankami, jak:

- zarobki ubezpieczonego,
- pełniona przez niego rola w gospodarstwie domowym,
- poziom zadłużenia gospodarstwa domowego.

Na przykład w ubezpieczeniu na życie o charakterze czysto ochronnym, gdy osobą ubezpieczoną jest „finansowa głowa rodziny", sumę ubezpieczenia można ustalić na poziomie odpowiedniej krotności zarobków ubezpieczonego. Ubezpieczenie to ma bowiem zapewnić rodzinie środki finansowe na normalne funkcjonowanie, utrzymanie poziomu życia przez pewien czas w przypadku śmierci ubezpieczonego. Środki te mają, w założeniu, wystarczyć na czas „przeorganizowania" życia, zatem suma ubezpieczenia może stanowić w takim przypadku w przybliżeniu równowartość np. 2- lub 3-letnich zarobków osoby ubezpieczonej (czyli przez 2–3 lata rodzina nie musi się martwić o środki na utrzymanie).

Zatem warto kierować się pragmatyzmem, traktować sumę ubezpieczenia jako kwotę, która oczywiście nie zrekompensuje rodzinie takich skutków śmierci osoby ubezpieczonej, jak smutek czy poczucie osamotnienia, ma tylko stanowić zabezpieczenie finansowe. Ponadto warto pamiętać, że suma ubezpieczenia w takim przypadku nie stanowi o wartości człowieka, powinna być traktowana jako kwota, której będzie rodzinie brakowało do normalnego funkcjonowania, a nie jako wartość członka rodziny.

Innym przykładem może być sytuacja, w której gospodarstwo domowe jest obciążone np. kredytem na zakup nieruchomości. W takim przypadku utrata głowy rodziny, czyli głównego dostarczyciela dochodów, wiąże się z dodatkową trudnością, jaką stanowi obciążenie gospodarstwa domowego koniecznością spłaty rat kredytu. W takiej sytuacji suma ubezpieczenia może być np. ustalona na poziomie wartości zadłużenia lub odpowiedniej krotności rat kredytu.

Warto podkreślić, że w ubezpieczeniach osobowych (poza wspomnianymi już kosztami leczenia) kategorie, takie jak niedoubezpieczenie czy nadubezpieczenie, nie występują.

Systemy odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń

Ważnym elementem, który w konsekwencji wpływa na ostateczną wysokość odszkodowania, są tzw. systemy odpowiedzialności stosowane wobec ubezpieczeń majątkowych. W literaturze, np. [Jęksa, 2000], charakteryzowane są cztery systemy odpowiedzialności:

I. System ubezpieczenia na sumy stałe (w tym solidarnie na sumy stałe).,
II. System ubezpieczenia na pierwsze ryzyko.
III. System ubezpieczenia na sumy zmienne.
IV. System ubezpieczenia na wartość częściową.

I. W przypadku **systemu ubezpieczenia na sumy stałe** ubezpieczona jest całkowita wartość mienia, a każda wypłata odszkodowania automatycznie pomniejsza sumę ubezpieczenia o wypłaconą kwotę. Możliwe jest uzupełnienie sumy ubezpieczenia dodatkową składką. W przypadku gdy suma ubezpieczenia nie zostanie uzupełniona, występuje sytuacja niedoubezpieczenia, a to w przypadku kolejnej szkody powoduje zastosowanie zasady proporcji i wypłacenie stosownie zmniejszonego świadczenia. System ten standardowo stosowany jest w przypadku ubezpieczeń od ognia i innych zdarzeń losowych do tych składników majątku, których wartość jest względnie stała, np. środków trwałych i obrotowych, nakładów inwestycyjnych (adaptacyjnych), maszyn od awarii itp.

System ubezpieczenia solidarnie na sumy stałe działa analogicznie do systemu ubezpieczenia na sumy stałe, jednak ma zastosowanie do mienia zlokalizowanego w kilku różnych miejscach, dla których ubezpieczający prowadzi wspólną księgowość. Do ubezpieczenia zgłaszana jest ogólna wartość mienia wraz z lokalizacjami, w jakich mogą się znajdować poszczególne jego składniki. System wygodny jest wtedy, gdy mienie jest przemieszczane np. z magazynu do magazynu, w razie szkody ubezpieczający musi udowodnić, że w danym miejscu znajdowała się deklarowana wartość mienia.

II. W **systemie ubezpieczenia na pierwsze ryzyko** suma ubezpieczenia nie ulega wyczerpaniu. Ubezpieczający zgłasza wartość, która powinna odpowiadać przewidywanej wielkości straty z jednego zdarzenia losowego (zwykle jest to część wartości mienia) – ta wartość stanowi limit odpowiedzialności ubezpieczyciela. System ten jest stosowany w ubezpieczeniach kradzieży z włamaniem i rabunku, np. do mienia ruchomego, mienia osobistego pracowników przedsiębiorstwa, do kosztów towarzyszących szkodzie. Zaletą tego systemu jest to, że składki są zwykle niższe niż w przypadku stosowania do tych składników majątku systemu na sumy stałe.

III. **System ubezpieczenia na sumy zmienne** stosowany jest np. do ubezpieczenia **zapasów** od ognia i innych zdarzeń losowych, w sytuacji gdy przewiduje się znaczne wahania wartości mienia. Ubezpieczający zgłasza ubezpieczycielowi najwyższą dzienną wartość ubezpieczonego majątku i na tej podstawie obliczana jest składka, natomiast ubezpieczający płaci tzw. składkę zaliczkową (depozytową) wynoszącą ustaloną część składki obliczonej dla najwyższej wartości majątku. Po okresie ubezpieczenia następuje rozliczenie składki oparte na rzeczywistej przeciętnej wartości majątku.

IV. W **systemie ubezpieczenia na wartość częściową** ubezpieczający deklaruje kwotę, która może stanowić dowolną część wartości całkowitej określonego mienia ruchomego zgłoszonego do ubezpieczenia, limit ten jest konsumowany

przez każde wypłacone odszkodowanie. System ma zastosowanie do ubezpieczenia kradzieży z włamaniem i rabunku, gdy ubezpieczyciel traktuje je jako dodatek do ubezpieczenia od ognia i innych zdarzeń losowych, czyli gdy nie funkcjonuje ono jako samodzielny produkt.

Franszyza

Kolejnym elementem konstrukcji ubezpieczenia jest franszyza, która stanowi ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Występują dwa podstawowe rodzaje franszyzy: integralna i redukcyjna[1].

Franszyza integralna (warunkowa) – dotyczy sytuacji, w której ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkodę do pewnej ustalonej wysokości, natomiast w momencie gdy wartość szkody przekroczy ustaloną wysokość, ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia pełnego odszkodowania.

Celem stosowania tego rodzaju franszyzy jest eliminacja kosztów manipulacyjnych obsługi drobnych szkód, dlatego jej wysokość jest niska w porównaniu z przeciętną kwotą odszkodowania.

Przykład

Franszyza – 100 zł; szkoda – 70 zł; wypłata – nie ma.
Franszyza – 100 zł; szkoda – 200 zł; wypłata – 200 zł.

Franszyza redukcyjna (warunkowa) – jest ograniczeniem występującym w każdym przypadku. Każde świadczenie zostaje zmniejszone o pewien procent (franszyza procentowa) lub kwotę (franszyza kwotowa).

Celem stosowania franszyzy redukcyjnej jest zachęcanie ubezpieczonych do zapobiegania powstawaniu szkód, zatem wartość franszyzy redukcyjnej może być znaczna.

Przykład

Franszyza – 30 zł; szkoda – 100 zł; wypłata – 70 zł.
Franszyza – 30 zł; szkoda – 50 zł; wypłata – 20 zł.
Franszyza – 30 zł; szkoda – 10 zł; wypłata – nie ma.

[1] „Pojęcia franszyzy redukcyjnej i udziału własnego w obecnej praktyce ubezpieczeniowej występują zamiennie i występują jako pojęcia tożsame. Poprzednio różnica polegała na tym, że franszyza redukcyjna była wyrażana kwotowo, tj. określała wartość pieniężną, o którą będzie pomniejszone odszkodowanie. Natomiast udział własny wskazywał na procentowy »udział« osoby ubezpieczonej w szkodzie. Dziś w OWU pojęcia te używane są zamiennie, a dawny podział uległ zatarciu", za C. Orłowskim, Biuro Rzecznika Ubezpieczonych [http://rzu.gov.pl/pytania-i-odpowiedzi].

Składka – ogólne zasady kalkulacji

Rozpoczynając rozważania nt. kalkulacji składki ubezpieczeniowej, należy podkreślić podstawową różnicę, jaka występuje w przypadku ubezpieczeń społecznych i ubezpieczeń gospodarczych. W przypadku tych pierwszych kwota składki ustalana jest, co do zasady, jako procent wynagrodzenia i nie przeprowadza się analizy ryzyka, jakie ubezpieczony wnosi do ubezpieczenia społecznego (wyjątkiem jest ubezpieczenie wypadkowe). Natomiast w przypadku ubezpieczeń gospodarczych podstawą ustalenia wysokości składki ubezpieczeniowej jest analiza ryzyka przeprowadzana przez ubezpieczyciela, o czym wspomniano wcześniej.

Składka ubezpieczeniowa to suma pieniężna, którą ubezpieczający jest zobowiązany zapłacić ubezpieczycielowi za udzieloną przez niego ochronę ubezpieczeniową. Jest to zatem cena ochrony ubezpieczeniowej.

Pojęcia pokrewne (definicje):

- **Stopa składki** – cena ochrony ubezpieczeniowej dla jednostki wartości sumy ubezpieczenia.
- **Taryfa** (*tariff*) – zestawienie stóp składek ustalonych dla różnych rodzajów ryzyka w danym rodzaju ubezpieczenia; taryfa zawiera przepisy dotyczące posługiwania się taryfą, wykaz rabatów od składek i dodatków taryfowych dla niektórych kategorii ryzyka oraz klauzule, które powinny być umieszczone w polisie.

Składka ubezpieczeniowa **jest uiszczana w pieniądzu**, nawet gdy świadczenia są, w całości lub w części, realizowane w postaci niematerialnej (np. holowanie pojazdu w ubezpieczeniu *assistance*). Składka ubezpieczeniowa powinna być ustalana w wysokości, która zapewni ubezpieczycielowi środki finansowe na wypłatę odszkodowań i świadczeń, tworzenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych i funduszy rezerwowych oraz na pokrycie kosztów działalności ubezpieczeniowej. W przypadku ustalenia składki na zbyt niskim poziomie może wystąpić problem z brakiem środków na pokrycie odszkodowań i świadczeń (zagrożenie dla bezpieczeństwa finansowego ubezpieczyciela), natomiast gdy składka jest zbyt wysoka, może się to wiązać z utratą konkurencyjności na rynku.

W kalkulacji składek ubezpieczeniowych stosowane są następujące modele/podejścia (za The UK's Faculty of and Institute of Actuaries[2]):

- **Taryfikacja** – składki są regulowane przez ustawodawcę lub też ma on duży wpływ na reguły ustalania składek. To podejście do ustalania składek ubezpieczeniowych w ubezpieczeniach gospodarczych nie jest stosowane w krajach UE.
- **Podejście jakościowe** – cena nie jest określona przez analizę ilościową, ponieważ brak jest danych, które pozwalałyby na analizę ilościową. Na rynkach europejskich również to podejście nie ma obecnie zastosowania, ubezpieczyciele dys-

[2] Na podstawie [Retail Insurance Market Study, 2009].

ponują na ogół dużą ilością danych, wyjątek mogą stanowić nietypowe produkty konstruowane dla nietypowych klientów.

- **Podejście kosztowe** (**koszt plus**) – metody statystyczne wykorzystywane są do oszacowania kosztów związanych z odszkodowaniami i świadczeniami, następnie stosuje się różnego rodzaju dodatki. Jest to jedno z popularnych podejść na rozwiniętych rynkach ubezpieczeniowych, a na niektórych rynkach europejskich jest to podstawowe podejście stosowane np. dla ubezpieczeń komunikacyjnych, czy też ubezpieczeń mieszkań.
- Model oparty na **optymalizacji dystrybucji** produktu. Podejście kosztowe nie jest podejściem odpowiednim w przypadku rynków, na których występuje silna konkurencja oraz na których produkty ubezpieczeniowe są sprzedawane za pomocą różnych kanałów dystrybucji (za pośrednictwem agentów, brokerów, przez kanały bezpośrednie). W takich przypadkach składka ubezpieczeniowa jest w mniejszym stopniu kalkulowana na bazie kosztów, choć nie jest też oczywiście całkowicie niezależna od szacunków aktuarialnych. Ostateczna jej wysokość jest wynikiem optymalizacji, ma zapewnić maksymalizację zysku i/lub sprzedaży. Optymalizacja uwzględnia różne kanały dystrybucji produktów oraz typy klientów, do których produkty są adresowane. Zatem stosowane są tu rozbudowane systemy zniżek składki oraz dodatków do podstawowego zakresu ochrony (np. ubezpieczenie ochrony prawnej), które wpływają na ostateczną wysokość składki i ostateczny zakres ubezpieczenia dla poszczególnych grup czy konkretnych klientów.
- Model oparty na **optymalizacji działalności ubezpieczyciela** – to w istocie rozszerzenie podejścia opartego na dystrybucji produktów. Jest to podejście najnowsze, charakteryzujące ubezpieczycieli oferujących wiele typów produktów i działających w ramach różnych gałęzi rynku ubezpieczeniowego, czyli optymalizacja cen jest dokonywana nie tylko w ramach polityki dystrybucji pojedynczych produktów, ale uwzględnia rozwój działalności całego ubezpieczyciela, również sprzedaż, zyski/straty z innych oferowanych przez ubezpieczyciela produktów. W tym podejściu uwzględnia się też np. takie elementy, jak sprzedaż produktów w pakietach oraz politykę kompleksowej oferty dla klienta.

Raport GRIP (The General Insurance Premium Rating Issues Working Party) wskazuje, że to podejście oraz model optymalizacji dystrybucji są głównymi modelami stosowanymi na rynku brytyjskim.

W przypadku najbardziej popularnych modeli kalkulacji składki ubezpieczeniowej ubezpieczyciele przy ustalaniu składki biorą pod uwagę takie czynniki, jak:

- analiza i ocena ryzyka ubezpieczeniowego, w tym:
  - przewidywana liczba szkód,
  - oczekiwana wielkość szkód,
  - czynniki, które mają wpływ na te parametry,
  - forma realizacji świadczenia (w przypadku świadczeń wypłacanych w formie renty ważne jest również uwzględnienie wartości pieniądza w czasie);

- analiza przebiegu szkodowości w poszczególnych portfelach ubezpieczeniowych (na tej podstawie kalkulowany jest dodatek bezpieczeństwa, który ma pokryć ewentualne wahania szkodowości w poszczególnych latach);
- możliwości kapitałowe oraz stan kondycji finansowej ubezpieczyciela, w tym wielkość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych;
- konkurencja na rynku;
- polityka strategiczna w zakresie sprzedaży.

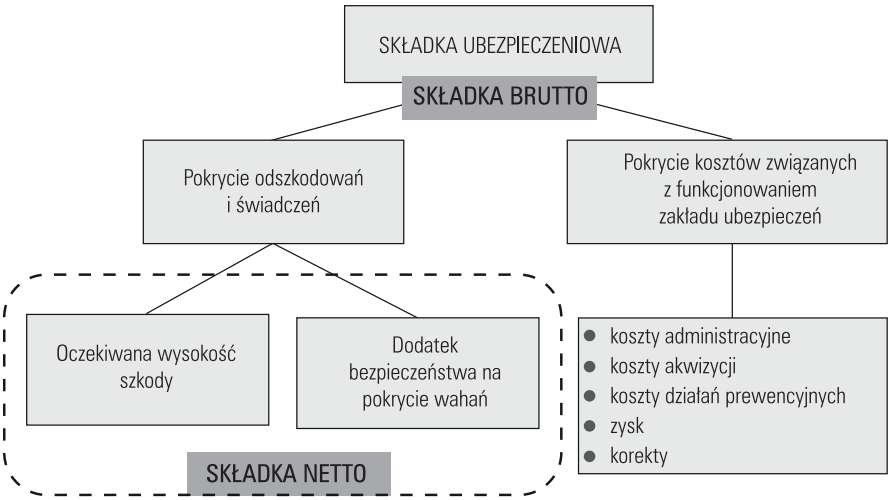
W podejściach tych rozróżnia się składkę brutto oraz netto. Składka brutto jest wnoszona przez ubezpieczającego do ubezpieczyciela i składają się na nią (rys. 3.3):

- **składka netto** – to część składki przeznaczona na pokrycie ryzyka *sensu stricto*, którego ubezpieczenie dotyczy, jest to wyliczona na podstawie matematyki aktuarialnej „cena" za ryzyko wnoszone przez konkretną umowę ubezpieczenia,
- **narzuty** na koszty administracyjne, koszty akwizycji, pozostałe koszty.

Warto pamiętać, że **składka ubezpieczeniowa jest różnicowana** ze względu na poziom ryzyka, jaki charakteryzuje poszczególnych klientów. Wśród sposobów wyceny ubezpieczeń wymienianych najczęściej w literaturze można wskazać:

- wycenę indywidualną, gdzie składka dla każdego ubezpieczonego jest ustalana indywidualnie, na podstawie osądu dokonanego przez przedstawiciela ubezpieczyciela (metoda stosowana głównie tam, gdzie dane statystyczne dotyczące szkodowości są niewystarczające);
- podział na klasy taryfowe i inne (*schedule rating, experience rating, retrospective rating*) – podział ten dokonywany jest na podstawie czynników wyodrębnionych jako istotnie wpływające na poziom szkodowości, np. za pomocą tzw. uogólnionych modeli liniowych (GLM) (dla przykładu w ubezpieczeniach komunikacyjnych są to najczęściej czynniki, które można podzielić na dotyczące: kierowcy, pojazdu, celu użytkowania pojazdu, osób upoważnionych do użytkowania pojazdu, pozostałe).

Pozostają jednak czynniki, które trudno jest wykorzystać w klasyfikacji, takie jak np. dla wspomnianych wcześniej ubezpieczeń komunikacyjnych – indywidualne cechy kierowcy (np. refleks, skłonność do brawury itp.), których nie można wziąć pod uwagę *a priori*. Zatem przydatny jest również podział uwzględniający dotychczasowy przebieg ubezpieczenia (systemy *a posteriori*). Służą temu metody „nakładane" na ustalone wcześniej grupy taryfikacyjne uzależniające ostateczną wysokość składki od tego, na ile dotychczasowy przebieg szkodowości różnił się od przeciętnego w danej grupie. Wśród nich wyróżniają się tzw. **systemy bonus-malus**, chętnie stosowane właśnie w ubezpieczeniach komunikacyjnych, czasem w ubezpieczeniach mieszkań, ze względu na przejrzystość i zrozumiałość dla przeciętnego klienta (o systemie tym więcej w podrozdz. 5.5). W systemach tych ubezpieczeni są przydzielani do klas o różnej wysokości składek, w zależności od liczby zgłoszonych w poprzednim okresie szkód, oraz do klasy, w której znajdowali się w poprzednim okresie.



Rysunek 3.3. Struktura składki ubezpieczeniowej

Źródło: opracowanie własne.

Kilka uwag o ubezpieczeniach obowiązkowych

Omówione w rozdziale procesy i elementy konstrukcji ubezpieczeń mają zastosowanie do większości produktów ubezpieczeniowych, jednak nie do wszystkich. Wyjątkiem mogą być ubezpieczenia obowiązkowe. W warunkach polskich źródłem powstania produktów ubezpieczeń obowiązkowych musi być ustawa.

Do najważniejszych różnic między ubezpieczeniami o charakterze dobrowolnym a obowiązkowym należy sformułowanie OWU. Minister Finansów ustala jednolite dla wszystkich ubezpieczeń danego rodzaju OWU, obejmujące m.in. zakres, prawa i obowiązki stron, zasady odpowiedzialności ubezpieczyciela. Strony nie mają swobody kształtowania treści wzajemnej umowy. W przypadku ubezpieczeń OC regulacje prawne odnoszą się również do wielkości minimalnych wysokości sum gwarancyjnych, na które muszą być zawarte umowy. Jeśli istnieje obowiązek zawarcia OC zawodowego przez lekarza i ten zgłosi się do ubezpieczyciela, który taki produkt ma w ofercie, ubezpieczenie to musi mu być sprzedane z minimalnie taką gwarancją, jaka wynika z regulacji. Zatem ubezpieczyciele nie mają możliwości dowolnego kształtowania tych ubezpieczeń, mogą konkurować ceną, systemami zniżek i zwyżek składki w zależności od przebiegu ubezpieczenia, jednak definicje przedmiotu ubezpieczenia, zdarzeń ubezpieczeniowych, lista wyłączeń odpowiedzialności są jednolite. Zakłady ubezpieczeń posiadające zezwolenie na sprzedaż danych produktów mają ustawowy obowiązek akceptacji ofert ubezpieczających w tym zakresie. Zatem zakres działań underwritera jest dla tych ubezpie-

czeń ograniczony do klasyfikacji ryzyka, nie ma możliwości odrzucenia wniosku ubezpieczeniowego.

Spełnienie obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia poddane jest kontroli specjalnie upoważnionych do tego organów państwowych, które mogą stosować środki represyjne wobec uchylających się od obowiązku ubezpieczenia, co z kolei wpływa korzystnie na popyt na tego rodzaju ubezpieczenia.

3.2.2. Sprzedaż produktów ubezpieczeniowych

Wśród elementów istotnych dla sprzedaży ubezpieczeń można wyróżnić:

- **otoczenie** (ekonomiczne, demograficzne, prawne, technologiczne, czynniki wewnętrzne i zewnętrzne zakładu ubezpieczeń, konkurencja, atrakcyjność i konkurencyjność firmy i jej produktów),
- **potrzeby** i **opinie** potencjalnych klientów oraz czynniki decydujące o kupnie ubezpieczenia,
- **kanały dystrybucji** (np. agenci, brokerzy oraz skuteczność działań reklamowych i promocyjnych).

Otoczenie zakładu ubezpieczeń

Otoczenie zakładu ubezpieczeń to ogół uwarunkowań mających wpływ zarówno na popyt na produkty ubezpieczeniowe, jak i na stronę podażową przez np. regulacje prawne, które mogą sprzyjać lub hamować rozwój działalności ubezpieczeniowej. Wśród czynników, które wpływają na sprzedaż ubezpieczeń, można wyróżnić czynniki zewnętrzne (ekonomiczne, społeczno-demograficzne, technologiczne oraz prawnopolityczne) i czynniki wewnętrzne (oferta produktowa, planowana grupa docelowa nabywców, kanały dystrybucji, wielkość i zasoby zakładu ubezpieczeń, kultura organizacyjna).

Do grupy czynników **zewnętrznych**, którą można określić również mianem środowiska, w jakim funkcjonuje zakład ubezpieczeń, należą czynniki ekonomiczne, które oddziałują przede wszystkim na popyt na ubezpieczenia. Im wyższy jest poziom zamożności społeczeństwa, tym większe jest zainteresowanie zabezpieczeniem zgromadzonego majątku oraz standardu życia. Zatem czynniki, takie jak poziom dochodów społeczeństwa, poziom zatrudnienia/bezrobocia, poziom i dynamika produkcji, ceny, podaż pieniądza, cykle gospodarcze, w istotny sposób oddziałują na funkcjonowanie rynku ubezpieczeniowego.

Czynniki społeczno-demograficzne, takie jak wiek, płeć, stan cywilny, narodowość, wykształcenie, zawód, system wartości i wierzeń, modele społeczeństwa i rodziny, modele życia, stan wiedzy i umiejętności, również kształtują przede wszystkim stronę popytową rynku ubezpieczeniowego. Na przykład starzenie się

społeczeństw, z jednoczesnym zanikiem rodzin wielopokoleniowych, wpływają na zwiększenie zainteresowania produktami o charakterze ochronno-oszczędnościowym, mogącymi stanowić zabezpieczenie emerytalne. Wymienione czynniki wpływają również na tworzenie nowych produktów, np. ubezpieczenie długoterminowej opieki pielęgnacyjnej. Również wpływ religii na kształt oferty ubezpieczycieli jest zauważalny, przykład mogą stanowić takaful – konstrukcje ubezpieczeniowe charakterystyczne dla krajów islamskich.

Rozwój technologii wiąże się z pojawianiem się nowych czynników ryzyka, a zatem z zainteresowaniem rozwojem produktów, które wspomagałyby zarządzanie tym ryzykiem. Na przykład wraz z rozwojem bankowości elektronicznej pojawiły się produkty ubezpieczeniowe, takie jak ubezpieczenia kart debetowych czy kredytowych, a wraz z rozwojem elektronicznych nośników danych pojawiło się zainteresowanie ich ubezpieczaniem.

Sytuacja rynkowa, a przede wszystkim środowisko konkurencyjne może skutkować zarówno rozwojem nowych produktów, jak i ograniczeniem opłacalności działalności ubezpieczeniowej w ramach innych produktów. Działanie w warunkach silnej konkurencji wymusza stosowanie rozwiązań, które mają na celu przywiązanie klienta do danego ubezpieczyciela, np. przez rozbudowane systemy zniżek składki w przypadku kontynuacji ubezpieczenia. Silna konkurencja stanowi też motywację do poszukiwania alternatywnych kanałów dystrybucji produktów ubezpieczeniowych.

Środowisko politycznoprawne ma wpływ na kształt takich elementów, jak np. funkcjonowanie ubezpieczeń obowiązkowych, a zatem wymuszanie popytu na określone typy produktów, zakres praw i obowiązków podmiotów ubezpieczeniowych, zakres odpowiedzialności cywilnej, a więc również odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczeń OC i wiążące się z tym możliwości selekcji (dobór) ryzyka ubezpieczeniowego.

Wśród czynników **wewnętrznych,** które w istotny sposób wpływają na sprzedaż ubezpieczeń, można wyróżnić:

- ofertę (portfel) produktów – istotne są takie czynniki, jak specjalizacja z zakresu oferowanych produktów, ich kompleksowość, elastyczność we wprowadzaniu nowych produktów;
- grupę docelową nabywców – orientacja dochodowa, wiekowa, zawodowa – czynniki te mają wpływ zarówno na ostateczny kształt oferty produktowej, jak i na wybór kanałów dystrybucji i, w konsekwencji, na poziom kosztów;
- kanały dystrybucji – pośrednictwo, współpraca instytucjonalna (banki, poczta, spółdzielnie itp.) – wpływ tych czynników jest dosyć oczywisty, wiąże się między innymi z kosztami obsługi poszczególnych kanałów dystrybucji oraz z efektywnością sprzedaży dokonywanej za pośrednictwem tych kanałów;
- wielkość i zasoby zakładu – kapitał, stan zatrudnienia, systemy informacyjne – czynniki te przyczyniają się do wzrostu pojemności zakładu ubezpieczeń,

a zatem mają wpływ na możliwość akceptacji nowych rodzajów ryzyka oraz dają szanse wprowadzania na rynek nowych rozwiązań;

- kulturę organizacyjną – filozofia działania, misja, nastawienie pracowników.

Podobnie jak na innych rynkach, rynek ubezpieczeń podlega segmentacji. **Segmentacja** rynku ubezpieczeń ma na celu:

- dostosowanie ubezpieczenia do potrzeb nabywcy,
- łatwiejsze dotarcie do konsumenta,
- łatwiejszą i bardziej efektywną sprzedaż,
- stałe podnoszenie jakości.

Ze względu na główne kryterium, według którego dokonywana jest segmentacja na rynku ubezpieczeniowym, można wyróżnić segmentacje:

- geograficzną (według narodowości, miast, województw),
- demograficzną (według kryteriów, takich jak: dochody, wykonywana praca, wiek, płeć, cykl życia),
- psychograficzną (według kryteriów, takich jak: potrzeby, motywy, wymagania, wpływy kulturowe, grupy odniesienia),
- behawioralną (według kryteriów, takich jak: oczekiwane korzyści klienta, okazje i sytuacje do ubezpieczenia, status użytkownika, preferencje nabywcze, lojalność klienta, struktura kupna i proces decyzyjny, świadomość, wiedza i osobowość klienta).

Potrzeby i opinie potencjalnych klientów oraz czynniki decydujące o kupnie ubezpieczenia

Ubezpieczenie spełnia jedną z najważniejszych potrzeb klientów, jaką jest poczucie bezpieczeństwa. Z tego też względu z jednej strony może się wydawać, że produkty ubezpieczeniowe powinny być nabywane chętnie i często. Z drugiej jednak strony stanowią one rodzaj obietnicy finansowej rekompensaty zdarzeń losowych, które mogą, ale nie muszą wystąpić, a często, jak w przypadku ubezpieczeń na życie, wydają się odległe w czasie. Ponadto cechą charakterystyczną ubezpieczeń jest tzw. odwrócony cykl sprzedaży. Oznacza to, że w pierwszej kolejności pojawiają się u ubezpieczyciela wpływy z tytułu sprzedaży, a dopiero później ponoszone są rozłożone w czasie koszty. Podstawowymi przychodami ze sprzedaży są składki ubezpieczeniowe, natomiast kosztami są głównie wypłacone odszkodowania i świadczenia. W związku z przesunięciem w czasie tych dwóch zdarzeń gospodarczych zakłady ubezpieczeń z zebranej składki tworzą rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe, które stanowią bieżącą wartość przyszłych odszkodowań i świadczeń wynikających z zawartych umów ubezpieczenia.

Te cechy ubezpieczeń, w połączeniu z wysoką niekiedy ceną, mogą zniechęcać do zakupu ubezpieczeń. W rozwoju świadomości ubezpieczeniowej dużą rolę odgrywa również doświadczenie ze zdarzeniami losowymi w przeszłości. Jeżeli dana

osoba doświadczyła już skutków zdarzenia losowego, traktuje je w sposób mniej abstrakcyjny. Warto zaznaczyć, że inne są powody nabywania ubezpieczeń majątkowych, inne ubezpieczeń na życie.

Można zatem wskazać kilka najważniejszych elementów, które mogą mieć wpływ na decyzję o zakupie **ubezpieczenia majątkowego**:

- posiadany majątek (aby był sens zakupu ubezpieczenia, musi istnieć składnik majątkowy, który mógłby być przedmiotem ubezpieczenia);
- doświadczenie ze szkodami w przeszłości (własne lub w bliskim otoczeniu) – czynnik ten może zarówno skłaniać do zakupu ubezpieczenia, jak i mocno zniechęcać, np. w przypadkach klęsk żywiołowych, gdy pomoc finansowana z budżetu państwa trafia w pierwszej kolejności do osób nieubezpieczonych;
- zaufanie do ubezpieczycieli i indywidualne doświadczenie w dochodzeniu roszczeń od ubezpieczyciela – element, który może zachęcać lub mocno zniechęcać do ubezpieczenia, często związany z punktem poprzednim;
- awersja do ryzyka;
- wykonywany zawód (dla części zawodów ubezpieczenie OC jest obowiązkowe);
- system odpowiedzialności cywilnej za szkody związane z życiem osobistym, wykonywanym zawodem, działalnością gospodarczą;
- obawa o wysokie koszty w razie zaistnienia szkody;
- obowiązek ubezpieczenia;
- znajomość oferty ubezpieczycieli;
- polityka ubezpieczeniowa państwa.

Do najważniejszych czynników wpływających na decyzję o zakupie **ubezpieczenia na życie** należą:

- wiek (osoby młode są mniej zainteresowane ubezpieczeniami ochronnymi),
- rodzina (np. dzieci lub współmałżonek na utrzymaniu),
- dysproporcje w zarobkach członków rodziny,
- obciążenie zobowiązaniami,
- chęć zapewnienia dzieciom startu w dorosłe życie,
- przykre doświadczenia w rodzinie i/lub otoczeniu,
- finansowanie ubezpieczenia przez pracodawcę,
- chęć zapewnienia sobie dodatkowych dochodów w okresie emerytalnym,
- znajomość oferty ubezpieczycieli.

Poziom świadomości ubezpieczeniowej różni się istotnie w zależności od wieku, statusu społecznego, wykonywanego zawodu, a nawet miejsca zamieszkania. Ważnym elementem, który ma wpływ na decyzje dotyczące ubezpieczenia, jest również znajomość lub też brak znajomości oferty ubezpieczycieli działających na rynku.

Decyzja o ubezpieczeniu wiąże się z wyborem konkretnego ubezpieczyciela. Do najważniejszych czynników, które wpływają na wybór ubezpieczyciela, należą:

- dobra reputacja,
- długoletnie działanie na rynku,

- kondycja finansowa,
- łatwy dostęp do ubezpieczyciela (np. przez rozbudowaną sieć agentów lub dostęp przez telefon czy też online),
- przyzwyczajenie, kontynuacja ubezpieczenia (czynnik, który zwłaszcza dla osób słabo obeznanych z ofertą konkurencji będzie szczególnie istotny),
- atrakcyjność oferty (OWU) – szeroki zakres ochrony,
- zrozumiałość OWU,
- różnorodność i kompleksowość oferty (np. ubezpieczenia oferowane w pakietach),
- jakość obsługi przy zawieraniu umowy i w procesie likwidacji szkód,
- skuteczność działań reklamowych i/lub pośredników,
- wysokość składek oraz możliwość opłacania ich w dogodnej formie i terminach.

Warto zaznaczyć, że podobnie jak w przypadku np. produktów bankowych, produkty ubezpieczeniowe są konstruowane pod kątem określonych grup odbiorców.

W przypadku ubezpieczeń na życie dominującym kryterium jest wiek, a dokładniej, etap życia, na jakim jest klient, i wiążące się z nim potrzeby oraz poziom dochodów, który ma decydujący wpływ na ostateczny kształt ubezpieczenia (tab. 3.2). W doborze odpowiedniej oferty pomocna jest też analiza takich elementów, jak: wysokość wydatków na utrzymanie rodziny, przewidywana długość życia, dodatkowe wydatki (np. podatek spadkowy), oczekiwany dochód na emeryturze, posiadane w danej chwili środki pieniężne i inne aktywa, które mogłyby w razie potrzeby zapewnić zabezpieczenie potrzeb, spodziewane koszty edukacji dzieci, plany/marzenia. W zależności od poziomu dochodów, produkty, które mają zapewnić podstawowe potrzeby, mogą być rozszerzane o dodatkowe elementy, takie jak rozszerzona oferta inwestycyjna, rozszerzony zakres świadczeń (np. w ubezpieczeniach zdrowotnych), dodatkowe opcje, jak np. ubezpieczenia LTC, na wypadek poważnego zachorowania.

Tabela 3.2. Etapy życia i dominujące potrzeby

Etap życia	Wiek (w latach)	Dominujące potrzeby
1	2	3
Początek kariery	20–25	Podstawowe zabezpieczenie Edukacja
Małżeństwo/rodzina	25–40	Małżeństwo Zabezpieczenie rodziny Zakup/finansowanie pierwszej nieruchomości Zabezpieczenie zgromadzonego majątku

1	2	3
Etap inwestowania	35–50	Dzieci/edukacja Zabezpieczenie rodziny Oszczędności emerytalne Zakup większej/kolejnej nieruchomości Zabezpieczenie zgromadzonego majątku
Etap własności	50–65	Inwestowanie nadwyżek finansowych Opieka medyczna Zabezpieczenie zgromadzonego majątku
Emerytura	65+	Podróże Opieka medyczna Spadek/darowizna/przekazanie majątku

Źródło: opracowanie własne.

W przypadku ubezpieczeń majątkowych dobór produktów powinien być poprzedzony analizą ryzyka. W przypadku ubezpieczeń dla przedsiębiorstw – poszerzoną, w przypadku gospodarstw domowych – uproszczoną. Ze względu na dużą różnorodność obszarów działalności oraz często dużą skalę podmioty gospodarcze korzystają nierzadko z usług brokerów ubezpieczeniowych. Właściwe przeprowadzenie analizy różnego rodzaju ryzyka w przedsiębiorstwie pozwoli na stworzenie optymalnego programu ubezpieczeniowego, który zagwarantuje pełną ochronę ubezpieczeniową obejmującą najistotniejsze elementy zagrożeń występujących w podmiocie gospodarczym. Jednocześnie program przygotowany przez brokera pozwoli na identyfikację i eliminację różnego rodzaju ryzyka, które nie stanowi wysokiego zagrożenia i może zostać zminimalizowane innymi niż ubezpieczenie metodami, zatem nie musi być ubezpieczane. Ponadto brokerzy starają się wprowadzić do umowy ubezpieczenia szereg klauzul dodatkowych, które wyeliminują niekorzystne zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia i dostosują zakres ochrony do indywidualnych potrzeb. Więcej na temat znaczenia brokera ubezpieczeniowego w procesie sprzedaży ubezpieczeń napisano w podrozdz. 2.4. Gospodarstwa domowe zaś nie mają najczęściej tak skomplikowanej i zindywidualizowanej sytuacji jak firmy i dlatego proces wyboru odpowiedniego ubezpieczenia majątkowego ogranicza się do zapoznania się z ofertą ubezpieczyciela i ewentualnie konsultacją z agentem ubezpieczeniowym.

Kanały dystrybucji produktów ubezpieczeniowych

Kanały dystrybucji produktów mogą być zdefiniowane (wg ujęcia podmiotowego) jako zbiór organizacji, współuczestników dostarczania oraz sprzedaży produktów i usług na rynku [Czubała, 2001, s. 21]. Kanały dystrybucji mogą być klasyfikowane na podstawie różnych kryteriów, a jednym z bardziej użytecznych jest kryte-

rium uwzględniające charakter powiązań usługodawcy z klientem. Rozróżnia się zatem bezpośrednie i pośrednie kanały dystrybucji [Styś (red.), 2003, s. 65].

W przypadku sprzedaży ubezpieczeń w Polsce kanały dystrybucji wymienione zostały w art. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym. Według tej ustawy dystrybucja produktów ubezpieczeniowych jest możliwa z wykorzystaniem następujących kanałów dystrybucji (rys. 3.4):

- sprzedaż przez pracowników etatowych zakładów ubezpieczeń,
- sprzedaż agencyjna – agenci ubezpieczeniowi, osoby fizyczne, osoby prawne (KNF do tej kategorii zalicza np. banki) i współpracujące z agentem osoby fizyczne (wykonujące czynności agencyjne),
- sprzedaż za pośrednictwem brokerów ubezpieczeniowych,
- sprzedaż za pośrednictwem telefonu i Internetu.

Kanał bezpośredni polega na bezpośredniej formie kontaktu z odbiorcą. Do kanałów bezpośrednich zalicza się zwykle sprzedaż przez etatowych pracowników lub przez Internet i telefon.

Zalety	Wady
▸ kontrola nad procesem sprzedaży, ▸ elastyczność w dostosowaniu się do potrzeb klienta, ▸ prostszy przepływ informacji czy płatności w kanale, ▸ możliwość budowania lojalności konsumentów.	▸ wysokie koszty organizacji i utrzymania (dotyczy pracowników etatowych), ▸ ograniczony zakres penetracji rynku.

W wypadku wykorzystania **kanałów pośrednich** zakład ubezpieczeń podejmuje współpracę z agentami lub brokerami ubezpieczeniowymi[3].

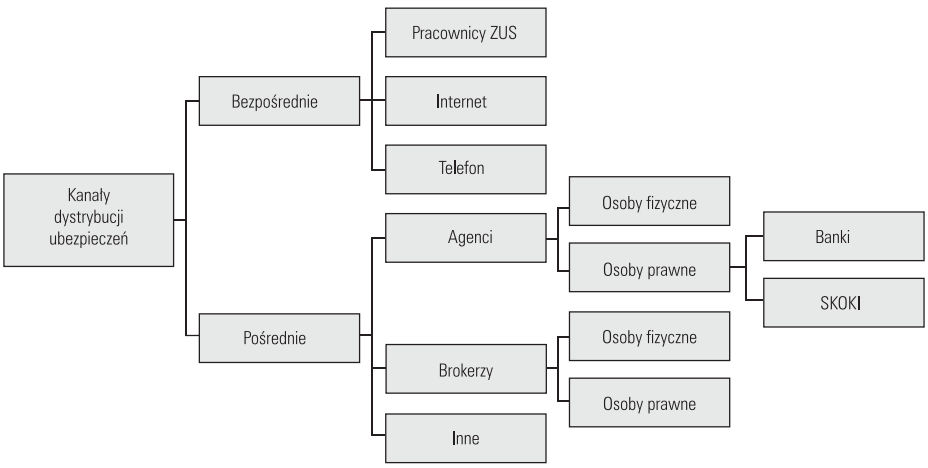
Zalety	Wady
▸ niższe koszty organizacji i utrzymania, ▸ pełniejsza penetracja rynku.	▸ brak kontroli nad rynkiem ostatecznego odbiorcy, ▸ zniekształcenie przepływów strumieni, ▸ możliwe konflikty między uczestnikami kanałów.

Na świecie wykorzystywane są bardzo różne kanały sprzedaży ubezpieczeń, np. sprzedaż ubezpieczeń mieszkaniowych łączona z opłacaniem rachunków za energię, sprzedaż ubezpieczeń na wypadek poważnych zachorowań skonstruowanych pod kątem potrzeb kobiet, łączona ze sprzedażą bezpośrednią kosmetyków.

Pojęcie *bancassurance* nie jest jeszcze zdefiniowane w prawodawstwie. W praktyce oznacza ono współpracę bankowo-ubezpieczeniową, polegającą na oferowaniu klientom banków, na podstawie umów zawartych przez banki z zakładami ubezpieczeń, ochrony ubezpieczeniowej w zakresie umów ubezpieczenia grupowego na

[3] Szerzej na temat pośrednictwa ubezpieczeniowego w podrozdziale 2.4.

rzecz tych klientów, lub też oferowaniu produktów ubezpieczeniowych przez banki jako agentów ubezpieczeniowych. Banki oferują klientom najczęściej ubezpieczenia powiązane bezpośrednio ze swoimi produktami, są to: ubezpieczenie kredytu, ubezpieczenie nieruchomości stanowiącej zabezpieczenie kredytu, ubezpieczenie od utraty pracy czy ubezpieczenie na życie kredytobiorcy (z cesją praw z tej polisy). Zdarza się również, że banki sprzedają ubezpieczenia niepowiązane bezpośrednio z produktem bankowym, obejmujące ubezpieczenia zarówno majątkowe, jak i na życie, ze szczególnym uwzględnieniem ubezpieczeniowych produktów o charakterze oszczędnościowo-inwestycyjnym.



Rysunek 3.4. Kanały dystrybucji ubezpieczeń

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Monkiewicz (red.), 2003, s. 383].

Wybór dominującego kanału dystrybucji dla danego typu produktów ubezpieczeniowych uzależniony jest od:

- stopnia złożoności produktu (im prostszy, bardziej standardowy produkt, tym mniejsze kwalifikacje są niezbędne do jego sprzedaży, możliwa jest zautomatyzowana sprzedaż, np. przez Internet czy telefon; im większa złożoność produktu, tym większe są oczekiwania merytoryczne wobec podmiotu, który zajmuje się sprzedażą produktu);
- typu produktu (np. specyfiką sprzedaży ubezpieczeń na życie jest bardzo duży udział sprzedaży za pośrednictwem agentów oraz sprzedaży bezpośredniej w odróżnieniu od ubezpieczeń majątkowych);
- oczekiwań i przyzwyczajeń klientów (np. w Wielkiej Brytanii większy niż w innych krajach europejskich jest udział sprzedaży przez brokerów ubezpieczeniowych);

- typu klientów (np. sprzedaż przez brokerów ubezpieczeniowych dotyczy głównie osób prawnych, w dużo mniejszym stopniu osób fizycznych);
- dostępnego zaplecza technicznego itp.

W działalności ubezpieczeniowej w małym zakresie następuje wykorzystywanie nowoczesnych (technicznych) kanałów dystrybucji. Wynika to z uznawania usług ubezpieczeniowych przez klientów za bardzo złożone. Złożoność usług ubezpieczeniowych jest powodem współistnienia różnych kanałów dystrybucji tych usług. Główne wykorzystanie Internetu w działalności ubezpieczeniowej wiąże się z dostarczaniem klientom informacji o towarzystwach ubezpieczeniowych i ich produktach. Wykorzystanie tego medium do finalizacji transakcji jest obecnie dość małe [Borda, Jędrzychowska, 2012, s. 71–81].

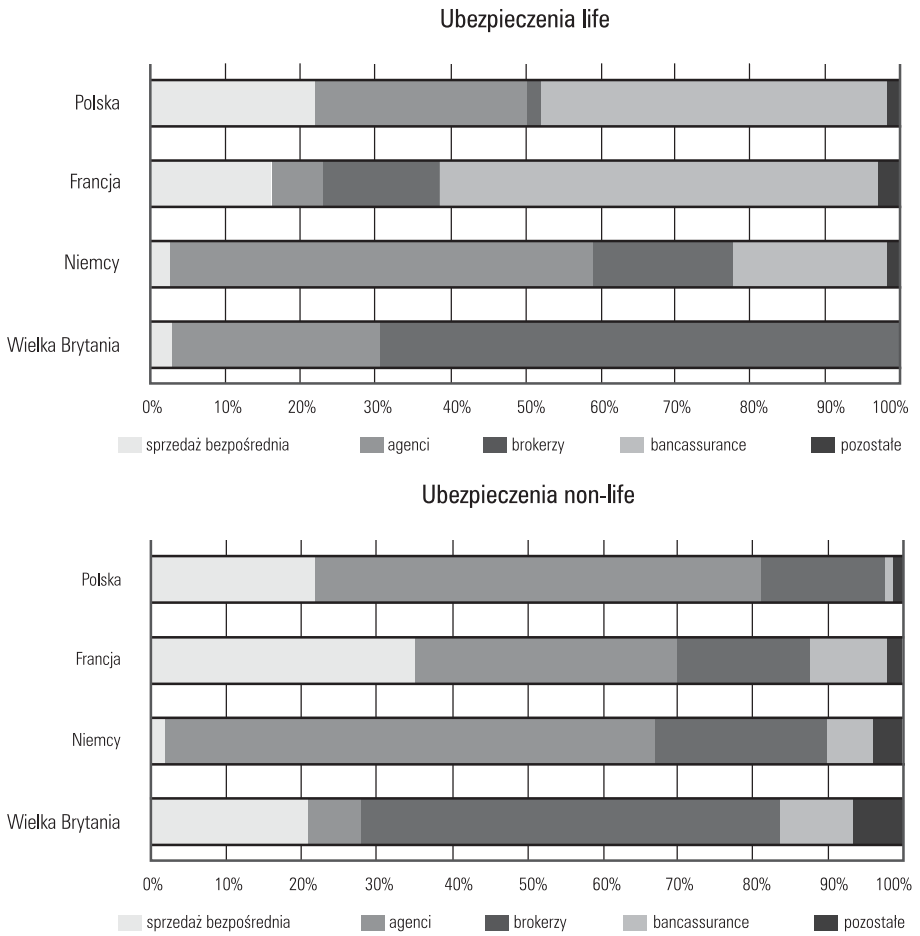
W odniesieniu do poszczególnych krajów europejskich istnieje duże zróżnicowanie funkcjonujących systemów dystrybucji i popularności różnych sposobów sprzedaży ubezpieczeń. Nie można tutaj wskazać jednego, uniwersalnego modelu dystrybucji, co wynika ze specyficznych uwarunkowań rozwoju rynku ubezpieczeniowego, w tym aktywności pośredników ubezpieczeniowych czy też stopnia rozwoju *bancassurance* w danym kraju. Model dystrybucji produktów ubezpieczeniowych w Polsce jest modelem mieszanym, na który wpływ mają różne strategie stosowane na rynkach europejskich z uwagi na to, że na polskim rynku ubezpieczeń zainwestowane jest ok. 77% kapitału zagranicznego[4]. Zatem strategie stosowane na poszczególnych rynkach krajów, skąd pochodzi kapitał inwestorów, mają istotny wpływ na działalność ubezpieczycieli na rynku polskim (rys. 3.5).

Można wskazać następujące **modele strategii dystrybucji ubezpieczeń**:

- model rynku **brytyjskiego** (dominujące znaczenie brokerów),
- model rynku **francuskiego** (duże znaczenie kanału bankowego, przede wszystkim w sprzedaży ubezpieczeń życiowych),
- model rynku **niemieckiego** (dominująca rola agentów).

W przypadku ubezpieczeń na życie struktura kanałów sprzedaży w Polsce zbliżona jest do struktury rynku francuskiego, gdzie dominujące znaczenie ma sprzedaż za pośrednictwem banków oraz sprzedaż bezpośrednia przy niewielkiej roli brokerów. Na rynku ubezpieczeń majątkowych i pozostałych osobowych rynek polski zbliżony jest pod względem struktury kanałów dystrybucji do rynku niemieckiego, ze względu na bardzo duży udział agentów w sprzedaży ubezpieczeń.

[4] Zob. www.piu.org.pl (dostęp 15.07.2011).



Rysunek 3.5. Model dystrybucji ubezpieczeń w Polsce na tle wybranych modeli europejskich w 2008 r.

Źródło: [CEA, 2010, Statistics, s. 48].

Dominującymi ubezpieczeniami majątkowymi na rynkach europejskich są wciąż ubezpieczenia komunikacyjne, zatem warto się przyjrzeć kanałom dystrybucji dominującym w tym zakresie. W przypadku ubezpieczeń komunikacyjnych agenci ubezpieczeniowi (w tym multiagenci) pozostają głównym kanałem sprzedaży polis komunikacyjnych w takich krajach, jak: Grecja, Hiszpania, Litwa, Luksemburg, Niemcy, Portugalia, Słowenia, Węgry i Włochy. Z kolei w Belgii, Estonii, Holandii czy Irlandii dominuje sprzedaż za pośrednictwem brokerów ubezpieczeniowych. Bezpośrednia sprzedaż ubezpieczeń komunikacyjnych cieszy się największą popularnością w Austrii, Finlandii i Wielkiej Brytanii, a wykorzystanie

pozostałych kanałów dystrybucji, w tym *bancassurance* – odpowiednio w Danii i Szwecji. Szerzej [*Retail Insurance Market…*, 2009, s. 106–108].

W przypadku rynku polskiego warto przeanalizować np. dane pochodzące z raportu *Moto Scan 2009* (*jesień*)[5], z których wynika, że najpopularniejszym sposobem zakupu ubezpieczenia komunikacyjnego jest skorzystanie z usług agenta ubezpieczeniowego (42% odpowiedzi w przypadku ubezpieczeń AC i 39% dla ubezpieczeń OC), a następnie wizyta w placówce firmy ubezpieczeniowej (33% odpowiedzi w przypadku ubezpieczeń OC i 25% w przypadku AC). Na trzeciej pozycji plasuje się sprzedaż ubezpieczeń komunikacyjnych przez telefon (około 11% odpowiedzi). Pozostałe kanały dystrybucji, w tym m.in. sprzedaż przez Internet, w salonie samochodowym czy w placówce banku, wykorzystywane są zdecydowanie rzadziej. Przy czym badania wykazują, że Polacy bardzo często sięgają po narzędzie internetowe, jakim są porównywarki ofert ubezpieczeniowych. Przy zakupie typowych produktów jak OC komunikacyjne czy ubezpieczenie mieszkania jest to narzędzie ułatwiające porównanie podobnych do siebie ofert i uporządkowanie ich według wybranego przez klienta priorytetu, np. ceny, nieodpłatnie dołączanych innych produktów czy innych korzyści. Badania wykazują jednak, że klienci ostatecznie zakupu przez Internet dokonują już rzadziej. Zatem przez informacje z Internetu czerpią wiedzę o produkcie i dokonują wyboru, ale finalizacja zakupu następuje u agenta.

Ponadto badania dotyczące ubezpieczeń komunikacyjnych [Borda, Jędrzychowska, 2013, s. 59–74] wskazują, że najważniejsze czynniki determinujące ich zakup są następujące:

- większość respondentów korzysta z najpopularniejszej, pakietowej formy zakupu ubezpieczeń komunikacyjnych;
- dominują tradycyjne kanały dystrybucji (agenci ubezpieczeniowi, pracownicy zakładów ubezpieczeń); stosunkowo większe zainteresowanie respondentów nowoczesnymi sposobami sprzedaży (Internet, telefon) może wynikać z dużego odsetka ludzi młodych w badanej próbie;
- około 40% ankietowanych nie zmieniło zakładu ubezpieczeń od ponad 3 lat, co wskazuje na stosunkowo wysoki poziom lojalności wobec aktualnego ubezpieczyciela; poza wysokością składki ubezpieczeniowej, ważnymi motywami wyboru ubezpieczenia komunikacyjnego w danym zakładzie są: kontynuacja dotychczasowej ochrony, dobre doświadczenia związane z likwidacją szkód oraz wizerunek firmy ubezpieczeniowej na rynku; taka postawa nabywców wskazuje, że są oni skłonni pozostać w zakładzie ubezpieczeń nie tylko ze względu na cenę ochrony ubezpieczeniowej i ewentualne zniżki, ale również ze względu na inne elementy tworzące szeroko rozumianą jakość usługi ubezpieczeniowej;

[5] *Moto Scan 2009 (jesień) – Ubezpieczenia komunikacyjne* [2009] za: „Miesięcznik Ubezpieczeniowy", nr 2(7), 2010, s. 25 i 28. Raport ten powstał na podstawie badania marketingowego przeprowadzonego na reprezentatywnej próbie 1015 użytkowników (właścicieli) samochodów osobowych w Polsce.

- zaledwie 18% respondentów przy zakupie ubezpieczenia komunikacyjnego kieruje się treścią umowy ubezpieczenia i OWU, co niestety potwierdza powszechny w naszym społeczeństwie brak zapoznawania się z warunkami ubezpieczenia przed podpisaniem umowy;
- wraz ze wzrostem długości okresu współpracy z aktualnym zakładem ubezpieczeń respondenci stosunkowo częściej wskazują na znaczenie pozacenowych czynników wyboru ubezpieczenia, określających jakość i wiarygodność świadczonej ochrony ubezpieczeniowej.

3.2.3. Likwidacja szkody

Pojęcie szkody a pojęcie odszkodowania/świadczenia ubezpieczeniowego

Pojęcie szkody (w prawie cywilnym) nie zostało wyraźnie zdefiniowane.

> Posługując się poglądami nauki prawa cywilnego, stwierdzić można, że określenie szkody odnosi się do wszelkich uszczerbków w dobrach lub interesach prawnie chronionych, których poszkodowany doznał wbrew swej woli.

W takim przypadku szkodą nie będzie np. wyzbycie się rzeczy lub jej zużycie przez uprawnionego, szkodą będzie konsekwencja finansowa zdarzenia losowego. Podstawą wyliczenia wartości straty jest ocena powstałej szkody osobowej lub majątkowej. Niezależnie od charakteru zdarzenia ubezpieczeniowego, doznana strata jest określana, wyliczana i wyrażana w wartościach pieniężnych.

Rodzaje szkód według ustawodawcy:

- szkoda **rzeczywista** – fizyczna (np. zniszczenie przedmiotu),
- szkoda **utraconych korzyści** – korzyści, które nie zostały osiągnięte przez podmiot, a które byłby w stanie uzyskać, gdyby nie doszło do zdarzenia ubezpieczeniowego.

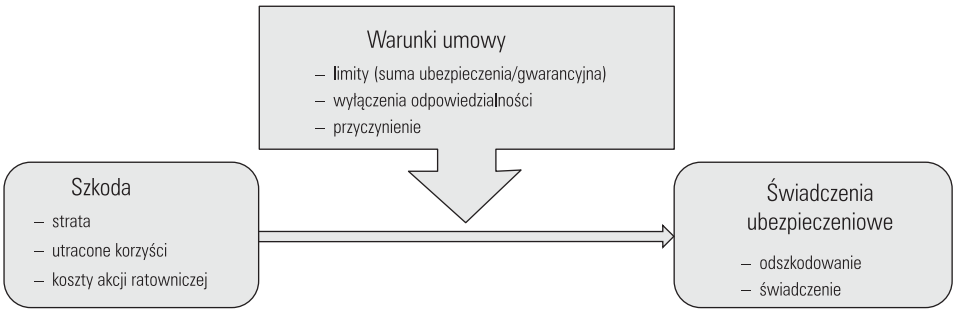
Ponadto szkoda rzeczywista może być:

- **całkowita** (totalna) – gdy przedmiot został uszkodzony w 75%,
- **częściowa** – w zależności od rozmiaru uszkodzenia.

Pojęcie szkody nie jest równoznaczne z pojęciem świadczenia ubezpieczeniowego.

Świadczenie ubezpieczeniowe ma na celu wyrównanie uszczerbku doznanego na skutek tego, że prawnie chronione dobra i interesy zostały naruszone. Jego forma i wysokość wynikają z warunków udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.

Zatem świadczenie ubezpieczeniowe jest określane na podstawie rozmiarów i charakteru szkody, jednak opierając się na określonych w umowie warunkach udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej (rys. 3.6).



Rysunek 3.6. Szkoda a świadczenie ubezpieczeniowe

Źródło: opracowanie własne.

Typy świadczeń

Zakład ubezpieczeń zobowiązany jest do ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonego w czasie obowiązywania umowy.

W przypadku wystąpienia określonej w umowie szkody ubezpieczyciel wypłaca należne:

- **odszkodowania/świadczenia** (przy ubezpieczeniach majątkowych),
- **świadczenia pieniężne** (przy ubezpieczeniach osobowych).

Różnica bierze się stąd, że w przypadku np. szkody na zdrowiu nie jest możliwe wyliczenie pieniężnej wartości szkody, można więc jedynie wypłacić określone w umowie świadczenie pieniężne, ale nie można go nazwać odszkodowaniem – tę subtelną różnicę w nazewnictwie szczególnie dobrze widać w przypadku ubezpieczeń typu „na dożycie", gdzie ubezpieczony otrzymuje świadczenie pieniężne w chwili dożycia określonego w umowie wieku, trudno takie świadczenie nazwać odszkodowaniem. W przypadku szkód na majątku można ustalić pieniężną wartość utraconego mienia i zakład ubezpieczeń pokrywa ją przez odszkodowanie – czyli wypłaca tyle pieniędzy, ile potrzeba na kompensację szkody. Oznacza to również, że jeśli jeden przedmiot był ubezpieczony w kilku zakładach ubezpieczeń jednocześnie i doszło do wypadku, to ubezpieczający otrzyma odszkodowanie do wysokości poniesionej szkody, ale ubezpieczyciele złożą się na to odszkodowanie. Przykładowo, koszt naprawy rozbitego samochodu wynosi 9000 zł, samochód był ubezpieczony w dwóch zakładach jednocześnie, w pierwszym na 20 000 zł, w drugim na 10 000 zł. Właściciel otrzyma więc 9000 zł (aby nie nastąpiło nieuzasadnione wzbogacenie się, bo ubezpieczenia nie mogą, co do zasady, generować zysku), z czego zakład pierwszy zapłaci 6000 zł, a drugi 3000 zł. Jest to związane z istotą ubezpieczania się jako sposobu kompensacji ewentualnych strat, a nie zarabiania pieniędzy.

Wspomniano tu o świadczeniach pieniężnych, które otrzymuje ubezpieczony (bądź po jego śmierci – uposażeni) po nastąpieniu szkody i przeprowadzeniu procesu jej likwidacji. Jednak należy podkreślić, że **świadczenie może przyjmować nie tylko formę pieniężną**. Choć ta jest najczęstsza i może mieć formę jednorazową (np. wypłata wartości oszacowanej szkody, zwrot poniesionych kosztów na podstawie przedłożonych faktur) lub ratalną (czyli rentową, np. w ubezpieczeniach posagowych). Rozlicznych przykładów niepieniężnych świadczeń dostarczają ubezpieczenia typu *assistance*. Do przybliżenia ich rodzajów zaprezentowano przykładowe świadczenia przy okazji wyjazdu za granicę:

- naprawa pojazdu na miejscu zdarzenia, holowanie pojazdu;
- pokrycie kosztów pobytu osoby towarzyszącej poszkodowanemu lub przyjazdu i pobytu osoby bliskiej dla poszkodowanego w wypadku;
- udzielenie zwrotnej pożyczki na kaucję w sytuacji zatrzymania ubezpieczonego podczas podróży w związku z zaistnieniem zdarzenia, za które ponosi on odpowiedzialność, w celu zwolnienia go z aresztu;
- opieka nad małoletnimi dziećmi, gdy ubezpieczony podróżował wraz z poszkodowanym;
- pomoc w razie zagubienia, kradzieży dokumentów, środków, kart płatniczych i kredytowych – ubezpieczyciel zwykle udziela zwrotnej pożyczki, pomaga w kontaktach z bankiem ubezpieczonego oraz udziela informacji, jakie należy podjąć kroki w celu uzyskania zastępczych dokumentów oraz nowych kart bankowych;
- pokrycie kosztów zastępczego kierowcy, jeżeli stan zdrowia ubezpieczonego nie pozwala na prowadzenie samochodu, którym podróżował;
- przekazywanie istotnych wiadomości dotyczących przebiegu podróży, nieprzewidzianych zdarzeń, wypadków lub choroby, strajków, opóźnień samolotu, zmian w przebiegu podróży – ubezpieczyciel przekazuje te informacje osobom wskazanym przez ubezpieczonego, a także udziela pomocy przy zmianie rezerwacji noclegów, lotów itp.;
- dostarczenie niezbędnych przedmiotów osobistych, leków – ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty związane z zaopatrzeniem ubezpieczonego w tego typu rzeczy (przedmioty);
- transport zwłok ubezpieczonego do kraju, jeżeli ten na skutek nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania zmarł podczas wyjazdu;
- przekazywanie niezbędnych wiadomości rodzinie lub pracodawcy;
- zmiana rezerwacji hotelowej, biletu lotniczego, jeżeli nieprzewidziane zdarzenie (strajk, wypadek, choroba) powoduje zwłokę czy zmianę daty, trasy podróży ubezpieczonego;
- udzielenie informacji dotyczących numerów telefonów i adresów salonów, serwisów i warsztatów, godzin ich otwarcia oraz zakresu świadczonych przez nich usług;

- w razie trudności językowych – świadczenie telefonicznych usług tłumacza o charakterze pomocniczo-informacyjnym przy załatwianiu formalności.

Ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela i wyłączenia skutkujące brakiem wypłaty całego bądź części świadczenia

Wartość szkody nie jest jedynym wskaźnikiem limitującym wielkość odszkodowania/świadczenia, każda umowa ubezpieczeniowa określa bowiem **sumę ubezpieczenia**. Jest to zwykle maksymalna kwota, którą ubezpieczyciel może wypłacić. W sytuacji gdy nastąpi szkoda wyceniona na 15 000 zł, przy sumie ubezpieczeniowej w wysokości 10 000 zł, wypłacone zostanie odszkodowanie w wysokości 10 000 zł.

Inaczej ma się sytuacja w przypadku ubezpieczeń na życie. Tu również suma ubezpieczenia jest górną granicą wypłaconego świadczenia, które może być jedynie pomniejszane na skutek np. przyczynienia się poszkodowanego do zaistnienia szkody, ale, co do zasady, nie następuje ograniczenie wypłaty wartością przedmiotu ubezpieczenia czy wyceną szkody. W przypadku ubezpieczeń na życie nie mówi się bowiem o wartości przedmiotu ubezpieczenia. Gdyby zatem rozważyć podobny przykład wykupienia ubezpieczenia na życie w dwóch zakładach, w jednym na 350 000 zł, a w drugim na 500 000 zł, to po śmierci osoby ubezpieczonej zostanie wypłacona cała suma ubezpieczenia zarówno od jednego, jak i drugiego ubezpieczyciela. Osoby uposażone otrzymają łącznie 850 000 zł.

Obecnie wskazane zostaną ogólne sytuacje, w których ubezpieczyciel nie podejmuje się wypłaty świadczenia w ogóle bądź podejmuje decyzję o zmniejszeniu jego wielkości.

Wyłączenia ochrony ubezpieczeniowej są to przypadki zdarzeń, za które zakład ubezpieczeń na podstawie umowy ubezpieczenia nie odpowiada. Informacje o tym znajdują się w OWU, o czym wspomniano już w podrozdziale 3.2.1. W ubezpieczeniach dobrowolnych katalog wyłączeń ochrony ubezpieczeniowej jest określony przez zakłady ubezpieczeń, zróżnicowany jest on również w zależności od wariantu ubezpieczenia. W przypadku ubezpieczeń obowiązkowych o wyłączeniach odpowiedzialności ubezpieczyciela mówi stosowna ustawa lub rozporządzenie.

Podstawowym **wyłączeniem** odpowiedzialności ubezpieczyciela są szkody powstałe wskutek:

- umyślnego działania ubezpieczającego, ubezpieczonego,
- działania pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych,
- rażącego niedbalstwa.

Taka postawa ubezpieczyciela ma na celu przeciwdziałanie hazardowi moralnemu ubezpieczającego. Ubezpieczyciel nie wypłaci również odszkodowania w przypadku szkód powstałych wskutek: aktów terroryzmu, działań wojennych i innych konfliktów zbrojnych, rewolucji, rozruchów, konfiskaty, nacjonalizacji lub zniszczenia przedmiotu ubezpieczenia przez władze państwowe lub samorządowe, działania energii jądrowej, promieniowania jonizującego, skażenia radioaktywnego, zanieczyszczenia odpadami przemysłowymi, a także przepięcia w bezpiecznikach itp. (por. art. 826 § 3 k.c.).

Do pozostałych wyłączeń zalicza się:

- straty niematerialne jak kary czy grzywny,
- szkody będące następstwem naturalnego zużycia (starzenia, korozji, eksploatacji) mienia oraz przypalenia, osmalenia niezwiązanego z pożarem, uderzeniem pioruna lub eksplozją,
- szkody geologiczne i górnicze w rozumieniu prawa geologicznego i górniczego,
- szkody polegające na pękaniu ścian, wywołane wadami konstrukcyjnymi, nieprawidłowym wykonaniem, użyciem wadliwych materiałów,
- szkody powstałe w wyniku katastrofy budowlanej lub w związku z prowadzonymi pracami budowlanymi, remontowymi i modernizacyjnymi (w wielu towarzystwach istnieje możliwość rozszerzenia zakresu ochrony o oba ryzyka).

Często ubezpieczyciele nie odpowiadają za szkody polegające na zanieczyszczeniu środowiska naturalnego, w maszynach i urządzeniach, do których doszło w wyniku czynnika chłodzącego, smaru, oleju, paliwa oraz innych materiałów eksploatacyjnych.

W większości przypadków również akty wandalizmu nie zapewnią ochrony w przypadku szkód o charakterze estetycznym (np. graffiti, poplamienia, odbarwienia, odpryski). Podobnie, ubezpieczając kradzież z włamaniem i rabunek, nie chroni się mienia przed kradzieżą zwykłą (kradzież bez oznak włamania). Jednakże czasami ubezpieczyciele oferują możliwość ubezpieczenia także i tego ryzyka.

Warto zaznaczyć, że sprawa wyłączeń odpowiedzialności jest nieco odmiennie traktowana w przypadku ubezpieczeń obowiązkowych OC, w których istotną kwestią oprócz ochrony osób ubezpieczonych jest ochrona osób poszkodowanych. Z tego powodu ubezpieczyciel nawet w przypadku spowodowania przez ubezpieczonego szkody z naruszeniem OWU (np. pod wpływem środków odurzających) spełni świadczenie wobec poszkodowanego, jednak z uwagi na to, że wystąpiło wspomniane naruszenie OWU, będzie on miał podstawę do regresu wobec sprawcy szkody (szerzej o regresie w dalszej części rozdziału). Należy zatem takie wyłączenie odpowiedzialności rozumieć jako wyłączenie ochrony ubezpieczeniowej, jaką ubezpieczyciel świadczy wobec ubezpieczonego (sprawcy szkody), a nie wobec poszkodowanego.

Szczególnym przypadkiem jest sytuacja, w której ubezpieczyciel pomimo braku pewności co do odpowiedzialności za szkodę spełnia świadczenie ubezpieczeniowe. Jest to tzw. **kulancja** (świadczenie *ex gratia*). Wyróżnia się dwa typy kulancji: marketingową i dyspensyjną. Pierwsza z nich stosowana jest w celu ochrony swojego dobrego wizerunku oraz przede wszystkim względami społecznymi (przykładowo odmowa wypłaty odszkodowania poszkodowanym w powodzi mogłaby się odbić nie tylko na wizerunku ubezpieczyciela, lecz również na uciążliwościach związanych z licznymi skargami konsumenckimi). Druga stosowana jest celem uniknięcie kosztów procesu sądowego oraz utraty klienta. Występuje ona w przypadku ubezpieczeń o niskiej wartości sumy ubezpieczenia w sytuacji naruszenia OWU przez klienta. Ubezpieczyciel decyduje się na wypłatę świadczenia, które nie będzie dla niego zbytnim obciążeniem finansowym, ale podtrzyma wpływy ze składek wnoszonych przez ubezpieczającego. Warunkiem wypłaty jest zawarcie ugody, na mocy której poszkodowany rezygnuje z dochodzenia pozostałej części roszczeń od ubezpieczyciela.

W podrozdziale 3.2.1 wspomniano o **franszyzach** i udziałach własnych. Są to metody stosowane przez ubezpieczycieli w celu redukcji poziomu przyjmowanego ryzyka bądź też eliminacji drobnych szkód i zniwelowania konieczności zajmowania się nimi.

Ubezpieczyciele ponadto często stosują dodatkowe ograniczenia odpowiedzialności w formie odrębnych, niższych sum ubezpieczenia (**limitów**) dla najbardziej „niechcianych", czyli ryzykownych zdarzeń. Większość towarzystw limituje tylko te zdarzenia, które są rozszerzeniem standardowego zakresu ubezpieczenia od zdarzeń losowych, m.in. wandalizm, stłuczenie oszkleń części wspólnych, kradzież z włamaniem, katastrofa budowlana – wysokość limitów określa ubezpieczony lub są one niezmienialne. Jednakże zdarza się, że limitowane są także zdarzenia losowe, czyli te objęte ochroną w ramach standardowego zakresu ubezpieczenia – w takiej sytuacji limity określone są w OWU. Przykładowo, w ramach ubezpieczenia mienia od zdarzeń losowych ubezpieczyciel obejmuje ochroną pękanie mrozowe oraz zalanie na skutek topnienia śniegu lub lodu zalegającego na dachu lub innych elementach budynku i są one limitowane do 5% sumy ubezpieczenia, nie więcej niż 50 000 zł. Innym przykładem może być nałożenie dodatkowego limitu odpowiedzialności na następujące zdarzenia losowe: przepięcia – limit 200 000 zł, szkody wynikające z wydostania się mediów z urządzeń wodno-kanalizacyjnych lub technologicznych – limit 100 000 zł, awaria urządzeń i instalacji wodno-kanalizacyjnych – limit 10% sumy ubezpieczenia budynku i maks. 500 000 zł, upadek drzew i części budowli oraz innych przedmiotów na ubezpieczone mienie – limit 100 000 zł. Zdarza się, że ubezpieczyciele wprowadzają dodatkowe limity w stosunku do zdarzeń, które są bardziej „groźne" ze względu na lokalizację lub konstrukcję budynku (np. budynek wybudowany na terenie zalewowym) lub które zaistniały w przeszłości i spowodowały wypłacenie znacznych kwot odszkodowania

(np. wprowadzenie odrębnej, niższej sumy ubezpieczenia niż zadeklarowana przez wspólnotę dla ryzyka pożaru, ponieważ rok temu w budynku wybuchł pożar).

Na koniec prezentacji wyłączeń i ograniczeń należy wspomnieć również o **karencji**. Jest ona stosowana po to, aby minimalizować antyselekcję ryzyka. Im wyższa jest antyselekcja, tym dłuższy okres karencji. Wyróżnia się dwa typy karencji: ustawową i umowną. Pierwsza ma źródło w przepisach prawa, np. karencja, która dotyczy śmierci na skutek samobójstwa w ubezpieczeniach na życie – art. 833 Kodeksu cywilnego (jeśli nastąpi po 2 latach od zawarcia umowy ubezpieczenia, to świadczenie będzie wypłacone, okres ten może ulec skróceniu do maksymalnie 6 miesięcy). Druga ma swoje źródło w umowie ubezpieczenia. Może to być przykładowo karencja dla ryzyka powodzi stosowana w nowych umowach ubezpieczenia. Inną powszechnie stosowaną jest karencja w ubezpieczeniach osobowych, np. w przypadku ciąży czy poważnego zachorowania.

W ubezpieczeniach obowiązkowych nie ma karencji i nie ma antyselekcji ryzyka.

Proces likwidacji szkody[6]

Zajście zdarzenia ubezpieczeniowego

Proces likwidacji szkody tak naprawdę ma swój początek już na etapie zawarcia umowy, to wówczas bowiem ubezpieczający dokonuje wyboru odpowiedniego wariantu produktu, który zawiera określony tryb likwidacji szkody. Ogólne warunki ubezpieczeń mogą nałożyć na ubezpieczającego inne obowiązki niż przewidziane w kodeksie cywilnym, w szczególności polegające na zachowaniu określonych w umowie środków ostrożności przy zabezpieczeniu mienia czy dopełnieniu aktów staranności w sytuacji wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego. Niezachowanie środków mających na celu ratowanie przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenie szkodzie, jeśli jest następstwem umyślnego działania bądź rażącego niedbalstwa, jak wspomniano w pierwszej części podrozdziału – zwalnia ubezpieczyciela z odpowiedzialności za szkodę. Dlatego dobrą praktyką jest, by ubezpieczający wiedział, przykładowo, gdzie znajdują się główne zawory umożliwiające odcięcie wody, gazu, a także główny bezpiecznik zapewniający możliwość natychmiastowego wyłączenia napięcia we wszystkich pomieszczeniach lokalowych, czy też miał przygotowane w przedsiębiorstwie procedury postępowania w sytuacjach wypadkowych.

Ubezpieczyciel przyjmuje, że związane z przedmiotem ubezpieczenia ryzyko powstania szkody mieści się w granicach bezpieczeństwa, i bierze na siebie konsekwencje niewłaściwej oceny ryzyka. Jeżeli więc przedmiot ubezpieczenia nie jest należycie zabezpieczony przed powstaniem szkody, wówczas ubezpieczyciel, podejmując decyzję o jego przyjęciu do ubezpieczenia, powinien się liczyć z możli-

[6] Na podstawie [Orłowski, 2010]

wością wystąpienia szkody. Ubezpieczyciel nie może później podnieść zarzutu, iż ubezpieczone mienie przed przyjęciem ubezpieczenia nie spełniało norm budowlanych albo nie miało dostatecznych zabezpieczeń, np. antywłamaniowych, przeciwpożarowych, czy też ubezpieczony na życie nie poinformował o chorobie, o którą nie został zapytany w ankiecie medycznej.

Gdy dojdzie do szkody, działania ubezpieczonego powinny być następujące:

- w pierwszej kolejności – skierowane **na ratowanie życia i zdrowia** współuczestników i świadków zdarzenia,
- następnie – podjęcie działań zmierzających **do ratowania mienia,** czyli podjęcie działań zmierzających do odwrócenia czy zminimalizowania szkody.

Ubezpieczyciel na podstawie art. 826 4 k.c. zobowiązany jest do refundacji kosztów wynikłych z działań zmierzających do minimalizowania szkody bądź jej odwrócenia.

Górną granicę odpowiedzialności w tym zakresie wyznacza suma ubezpieczenia. W przypadku szkody w mieniu, np. polegającej na zalaniu mieszkania, w pierwszej kolejności ubezpieczony powinien przystąpić do spisu powstałych strat (tzw. spis inwentarza), bądź też w przypadku ubezpieczenia kosztów leczenia za granicą – w razie zwrotu kosztów wyłożonych wpierw przez ubezpieczonego, powinien gromadzić wszelkie faktury i rachunki. Warto wykonać dokumentację zdjęciową miejsca wystąpienia szkody, np. zalanego pomieszczenia czy uszkodzonego pojazdu. Takie dowody ułatwią dokumentację wypadku i uznawane są za dostateczne przy uproszczonej ścieżce likwidacji szkód.

Po ustaleniu zakresu strat należy określić **wstępną przyczynę powstania szkody**. Do zaistnienia odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia istotne jest tylko wystąpienie zdarzenia przewidzianego w umowie. Wpływ na powstanie szkody ze strony ubezpieczonego ma jedynie znaczenie wtedy, gdy działanie to nosi znamiona winy umyślnej bądź rażącego niedbalstwa.

Zgłoszenie szkody (formy, terminy)

Postanowienia OWU zawierają informacje o formie zgłaszania szkody – na piśmie, czy też kontaktując się z infolinią ubezpieczyciela, tj. w drodze rozmowy telefonicznej lub mailowej. Na chwilę obecną przeważająca część ubezpieczycieli preferuje formę telefoniczną, ale pod względem prawnym droga pisemna jest wciąż w mocy. W zasadzie szkodę z ubezpieczenia można zgłosić w placówce ubezpieczyciela najbliższej miejsca zamieszkania ubezpieczonego. Zakład ubezpieczeń niezależnie od tego, do której jednostki wpłynęło zgłoszenie, powinien podjąć postępowanie likwidacyjne i w ramach struktury wewnętrznej przekazać zgłoszenie szkody do właściwej komórki likwidacyjnej.

W treści OWU dość często można się spotkać z wymogiem powiadomienia zakładu ubezpieczeń o zajściu wypadku ubezpieczeniowego w określonym terminie. Zwykle jest to termin 3–7-dniowy.

> Brak powiadomienia ubezpieczyciela w określonym terminie może skutkować odpowiednim zmniejszeniem odszkodowania, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku – art. 818 3 k.c.

W praktyce naruszenie ww. terminu nie powinno powodować oddalenia roszczenia, lecz ewentualnie zmniejszenie wysokości odszkodowania odpowiednio do zakresu niemożliwych do ustalenia następstw szkody. Gdyby jednak, przykładowo, do zalania mieszkania doszło w czasie nieobecności poszkodowanego związanej z urlopem wypoczynkowym, szkoda powinna zostać zgłoszona niezwłocznie, najdalej w terminie określonym w OWU, licząc od dnia dowiedzenia się o jej istnieniu.

Data zgłoszenia szkody jest datą początkową, związaną z procesem rozpatrywania roszczenia, i ma istotne znaczenie dla określenia terminu końcowego, związanego z postępowaniem wyjaśniającym ubezpieczyciela. Stosownie bowiem do art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni, zakład ubezpieczeń jest zobowiązany poinformować o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podjąć postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.

Moment zawiadomienia o szkodzie wpływa również na **przedawnienie roszczenia**, bowiem bieg przedawnienia roszczenia zostaje przerwany przez zgłoszenie do zakładu ubezpieczeń roszczenia i zaczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie otrzymał na piśmie oświadczenie zakładu ubezpieczeń o przyznaniu lub odmowie świadczenia (art. 819 § 4 k.c.). Przedawnienie roszczeń powoduje, że zakład ubezpieczeń może się zwolnić z wypłaty odszkodowania.

W toku likwidacji szkody bardzo ważny jest prawidłowy przepływ informacji, umożliwiający w sposób wyczerpujący uzyskanie wiedzy o etapie, na którym znajduje się rozpatrywane roszczenie. Najszybszym rozwiązaniem umożliwiającym uzyskanie informacji jest droga telefoniczna lub mailowa.

Niektóre zakłady ubezpieczeń stosują tzw. **procedurę uproszczoną likwidacji szkód**, polegającą na likwidacji szkody bez potrzeby jej pisemnego zgłoszenia oraz przeprowadzania oględzin uszkodzonego mienia. W praktyce wypłata odszkodowania następuje zaraz po zgłoszeniu szkody. Ubezpieczony w trakcie rozmowy telefonicznej opisuje zdarzenie, rozmiar szkody, bądź też drogą mailową opisuje zdarzenie i załącza zdjęcia, a konsultant ubezpieczyciela na podstawie przekaza-

nych informacji dokonuje wyliczenia szkody i przedstawia propozycję ugodowego zakończenia procesu rozpatrywania roszczenia przez wypłatę kwoty wynikającej z kosztorysowego wyliczenia szkody. W przypadku braku zgody ze strony ubezpieczonego na takie postępowanie likwidacja szkody zostaje skierowana na tor standardowej likwidacji szkody.

Likwidacja właściwa (sposoby naprawienia szkody, ustalenie wysokości szkody i odszkodowania, terminy wypłat, kwestie sporne i regres)

Ustalenie wysokości odszkodowania w przypadku ubezpieczeń dobrowolnych jest uzależnione od wariantu ubezpieczenia, a w przypadku ubezpieczeń obowiązkowych regulacje te pochodzą z odpowiedniej ustawy, choć i tak szkoda poddawana jest wycenie. W ustaleniu wysokości świadczenia mają znaczenie zastosowane w konstrukcji produktu limity czy franszyzy (zob. podrozdz. 3.2.1).

Istotną kwestią jest, jaka zasada odpowiedzialności ubezpieczyciela została ustalona w produkcie. Jest to odpowiedzialność bądź w wartości rzeczywistej, bądź w wartości odtworzeniowej (nowej). Przy wartości rzeczywistej ubezpieczyciele stosują ustalony na podstawie oględzin lub na podstawie wieku mienia (np. nieruchomości czy pojazdu) procentowy stopień zużycia. Sposób szacowania stopnia zużycia powinien być określony w treści OWU. Przy ubezpieczeniu w wariancie wartości odtworzeniowej wartość odszkodowania stanowi rzeczywisty, realny koszt związany z doprowadzeniem rzeczy uszkodzonej do stanu sprzed szkody, bez stosowania stopnia zużycia. Przykładowo przy ubezpieczeniach nieruchomości w przeważającej liczbie rozpatrywanych roszczeń ubezpieczyciele stosują rozliczenie kosztorysowe na podstawie programów eksperckich, np. SEKOCENBUD, NORMA.

Po wycenie szkody, np. po badaniu rzeczoznawcy ubezpieczeniowego lub po badaniach lekarskich, ubezpieczony powinien otrzymać informację dotyczącą wyliczenia wartości szkody. Dobrą praktyką wśród ubezpieczycieli jest przesłanie wydruku sporządzonej wyceny do ubezpieczonego. W przypadku braku kosztorysu ubezpieczony powinien wnioskować o jego udostępnienie, na podstawie art. 29 ust. 4–6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Sporządzony kosztorys jest symulacją przewidywanych kosztów wiążących się z przeprowadzeniem remontu, naprawy czy też odpowiada wycenie uszczerbku na zdrowiu. Ubezpieczony, jeżeli stwierdzi nieprawidłowości w wycenie, powinien niezwłocznie wystąpić do ubezpieczyciela o korektę – ponowną wycenę lub dodatkowe badania, takie, które uwzględniają uwagi ubezpieczonego. W wielu przypadkach rozliczeń szkód powstałe wątpliwości związane z kosztorysowym ustaleniem wysokości odszkodowania znikają, gdy ubezpieczony przeprowadzi naprawę i przedstawi rachunki dokumentujące koszty z tym związane. Choć przeprowadzenie naprawy nie warunkuje obowiązku po stronie ubezpieczyciela naprawienia szkody, to w praktyce likwidacji szkód osoby poszkodowane rzadko nie decydują się na przeprowadzenie naprawy samochodu czy remontu mieszkania. Takie po-

stępowanie sprowadza się więc do nieprawidłowej sytuacji, w której ubezpieczony w pierwszej kolejności zmuszony jest do świadczenia osobistego, a następnie dopiero uzyskuje odszkodowanie za powstałą szkodę.

Następnie, zgodnie z art. 28 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, **zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie lub świadczenie** na podstawie:

- uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu, o którym mowa w art. 29 ustawy,
- zawartej z nim ugody,
- prawomocnego orzeczenia sądu.

Ubezpieczyciel powinien dokonać likwidacji szkody w rozsądnym terminie. Ustawodawstwo polskie wprowadza terminy, w czasie których czynności składające się na likwidację szkód powinny zostać zakończone dla typowych przypadków.

Zgodnie art. 817 k.c. zakład ubezpieczeń, w terminie 30 dni od dnia złożenia zawiadomienia o zdarzeniu, ma obowiązek wypłaty świadczenia albo pisemnego powiadomienia osoby zgłaszającej roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaty bezspornej części świadczenia, czyli sumy pieniężnej, której wysokość została dotychczas ustalona jako wysokość powstałej szkody.

Powstrzymanie się lub zwłoka ubezpieczyciela w realizacji wypłaty świadczenia powoduje powstanie obowiązku naprawienia wynikłej z tego szkody, tj. zapłaty odsetek za zwłokę. Stąd też, jeżeli ubezpieczyciel w sposób niezasadny opóźnia się z wypłatą odszkodowania, poszkodowany może żądać odsetek ustawowych za czas opóźnienia, na podstawie art. 481 § l k.c. Do określenia okresu zwłoki ubezpieczyciela istotna jest więc wiedza dotycząca daty zgłoszenia szkody, gdyż od niej liczony jest 30-dniowy termin na realizację wypłaty świadczenia. Od tak ustalonego terminu końcowego do dnia spełnienia świadczenia naliczane są dopiero odsetki ustawowe.

W sytuacji całkowitej odmowy wypłaty odszkodowania albo tylko jego części (o takich wyłączeniach i ograniczeniach była mowa na początku niniejszego podrozdziału), **ubezpieczyciel jest zobowiązany do uzasadnienia stanowiska końcowego**, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną. Informacja zakładu ubezpieczeń powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej – art. 29 ust. 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. W praktyce jednak, czego dowodem jest analiza licznych skarg kierowanych do **Rzecznika Finansowego**, uzasadnienie stanowiska końcowego ubezpieczycieli bywa niestety lakoniczne. W takiej sytuacji ubezpieczony powinien

wystąpić do ubezpieczyciela z wnioskiem o szczegółowe uzasadnienie stanowiska oraz na podstawie art. 29 ust. 4–6 ww. ustawy żądać udostępnienia informacji i dokumentów zgromadzonych w sprawie w celu ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości odszkodowania. Po uzyskaniu kompletu dokumentacji ubezpieczony powinien wystąpić do ubezpieczyciela z reklamacją, a w przypadku jej negatywnego rozpatrzenia skierować skargę do Rzecznika Finansowego. Rzecznik zwróci się do ubezpieczyciela o wyjaśnienie podstaw faktycznych i prawnych zajętego stanowiska w celu zbadania, czy w trakcie postępowania związanego z rozpatrywanym roszczeniem nie doszło do naruszenia przepisów prawa.

Warto jeszcze nadmienić, iż w związku z tym, że znaczna część nieruchomości mieszkalnych w Polsce jest nabywana w drodze finansowania kredytowego, to banki, oprócz zabezpieczenia w postaci hipoteki w umowach kredytowych, stosują także ubezpieczenie nieruchomości połączone z przelewem wierzytelności z umowy ubezpieczenia na bank (**cesja**)[7]. Ubezpieczyciel w wyniku podstawienia podmiotowego cesjonariusza – banku, w miejsce właściciela nieruchomości, jest zobowiązany wobec tego ostatniego do realizacji wypłaty odszkodowania. W praktyce ubezpieczyciele prowadzą proces likwidacji szkody wspólnie z ubezpieczonym do czasu ustalenia wysokości odszkodowania. Następnie występują do banku z zapytaniem o sposób, w jaki ma nastąpić uregulowanie należności, tzn. czy odszkodowanie należy wypłacić na rachunek banku, czy też cedenta (ubezpieczonego).

Na koniec przy omawianiu kwestii spornych należy wspomnieć o **regresie**, czyli roszczeniu zwrotnym zakładu ubezpieczeń od sprawcy danego zdarzenia, jeżeli działanie sprawcy spowodowało wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego. Regres ma zastosowanie tam, gdzie źródłem szkód są działania ludzkie, gdzie sprawcą jest człowiek i można wskazać adresata roszczenia.

Podstawą regresu są przepisy kodeksu cywilnego oraz innych ustaw szczególnych, ale zasadnicze znaczenie ma art. 828 § 1 Kodeksu cywilnego, zgodnie z którym: „jeżeli nie umówiono się inaczej, z dniem zapłaty odszkodowania przez ubezpieczyciela roszczenie ubezpieczającego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na ubezpieczyciela do wysokości zapłaconego odszkodowania".

Z treści przytoczonego przepisu wynika, że aby ubezpieczyciel mógł skorzystać z przysługującego mu prawa do występowania z roszczeniem regresowym, konieczne jest zaistnienie trzech przesłanek, którymi są:

- wystąpienie szkody,
- występowanie osoby trzeciej w stosunku do umowy ubezpieczenia, która ponosi odpowiedzialność za powstanie szkody (jej odpowiedzialność może wynikać zarówno z czynów niedozwolonych, jak i z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania),
- naprawienie szkody przez ubezpieczyciela (wypłata odszkodowania).

[7] Podobna praktyka dotyczy ubezpieczeń na życie kredytobiorcy, z cesją na bank.

Ubezpieczyciel może wystąpić z regresem dopiero wówczas, gdy wypłaci odszkodowanie. Wstępuje on wówczas w miejsce poszkodowanego, nabywając prawo dochodzenia zwrotu wypłaconej kwoty od sprawcy, jakby sam był poszkodowany, a szkoda swoją wysokością byłaby równa wypłaconemu odszkodowaniu. Uprawnienie to przechodzi na ubezpieczyciela z mocy prawa, co oznacza, że zgoda poszkodowanego nie ma żadnego znaczenia dla dochodzenia roszczenia regresowego.

Nie zawsze jednak ubezpieczyciel nabywa roszczenie regresowe. W § 2 art. 828 k.c. wskazany jest krąg podmiotów, wobec których ubezpieczyciel z chwilą wypłaty odszkodowania nie nabywa roszczenia regresowego. Są to osoby pozostające z ubezpieczającym we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ubezpieczający ponosi odpowiedzialność (dzieci, osoba ubezwłasnowolniona). Jeśli np. szkoda została wyrządzona przez syna ubezpieczającego, który pozostaje z nim we wspólnym gospodarstwie domowym, ubezpieczyciel po wypłacie odszkodowania nie ma możliwości dochodzenia w trybie roszczenia regresowego zwrotu wypłaconej kwoty od sprawcy, tj. syna ubezpieczającego.

Powyżej opisane sytuacje odnosiły się do regresu typowego (skierowany do osoby trzeciej, będącej poza stosunkiem ubezpieczenia, stosowany w ubezpieczeniu mienia, podstawa prawna oparta na mechanizmie subrogacji ustawowej), ale podstawą regresu mogą być również przepisy zawarte w ustawach szczególnych. Wówczas mamy na myśli **regres nietypowy,** którego cechą charakterystyczną jest to, że ubezpieczyciel może z nim wystąpić w stosunku do podmiotu, który jest stroną stosunku ubezpieczenia, czyli gdy ubezpieczający jest sprawcą zdarzenia. Nietypowość polega na tym, że zakład zawarł umowę z ubezpieczającym, a jednocześnie nabywa uprawnienie odzyskania od niego wypłaconych środków. W regresie szczególnym zupełnie inaczej przedstawia się sytuacja prawna stron stosunku regresowego. Tutaj nie tylko osoba ubezpieczona, ale osoba trzecia poszkodowana ma dwa roszczenia: do ubezpieczonego sprawcy szkody oraz do jego ubezpieczyciela. Spełnienie roszczenia przez ubezpieczyciela na rzecz poszkodowanego powoduje powstanie regresu ubezpieczyciela do ubezpieczonego o zwrot wypłaconego poszkodowanemu odszkodowania [Sowik, 2013]. W tej formie regresu poszkodowany przyjmuje jak gdyby pozycję quasi-ubezpieczonego, natomiast ubezpieczony pozycję osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę, która występuje w przypadkach występowania regresu typowego [Sangowski, 1977, s. 28–33].

Regres nietypowy został unormowany w art. 43 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (t.j. Dz.U. z 2013 r., poz. 392 ze zm.), który stanowi, że zakładowi ubezpieczeń przysługuje prawo dochodzenia od kierującego pojazdem mechanicznym zwrotu odszkodowania wypłaconego z tytułu ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, jeżeli kierujący: wyrządził szkodę umyślnie lub w stanie po użyciu środków zmniejszających po-

czytalność, wszedł w posiadanie pojazdu wskutek popełnienia przestępstwa, nie posiadał wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem mechanicznym (z wyjątkiem przypadków, gdy chodziło o ratowanie życia ludzkiego lub mienia albo o pościg za osobą podjęty bezpośrednio po popełnieniu przez nią przestępstwa), czy też zbiegł z miejsca zdarzenia.

W przypadku ubezpieczenia OC rolnika podstawę prawną regresu nietypowego stanowi art. 58 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, zgodnie z którym zakładowi ubezpieczeń przysługuje uprawnienie do dochodzenia od sprawcy szkody zwrotu odszkodowania wypłaconego z tytułu ubezpieczenia OC rolników, jeżeli wyrządził on szkodę umyślnie lub w stanie po spożyciu alkoholu albo pod wpływem środków zmniejszających poczytalność.

Zatem regres nietypowy ma zastosowanie w przypadkach szczególnych, gdy ubezpieczony w rażący sposób przyczynił się do powstania szkody przez swoje celowe działanie lub działanie niezgodne z przepisami prawa (np. działanie pod wpływem środków odurzających).

Nie tylko ubezpieczyciele mogą zgłaszać **roszczenie regresowe, może je postawić również Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny**. Na mocy art. 110 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych UFG ma prawo dochodzić zwrotu wypłaconych kwot od sprawcy i osoby, która nie dopełniła obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia OC (tj. posiadacza pojazdu mechanicznego albo rolnika prowadzącego gospodarstwo rolne) [Kowalewski i in., 2006, s. 350]. Brak w przepisach sprecyzowania charakteru wspólnej odpowiedzialności sprawcy szkody i podmiotu zobowiązanego do zawarcia umowy ubezpieczenia. Problem może powstać wtedy, gdy kierujący pojazdem i jego posiadacz to dwie różne osoby. Warto zwrócić uwagę, że roszczenie regresowe UFG nie jest tym samym roszczeniem zwrotnym przysługującym ubezpieczycielowi, gdyż UFG nie jest zakładem ubezpieczeń, w związku z tym źródłem tego roszczenia regresowego jest szczególny przepis ustawy, a więc art. 110 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Pytania kontrolne

1. Na przykładzie ubezpieczenia na życia oraz ubezpieczenia mieszkania omów różnice pomiędzy ubezpieczeniami osobowymi a majątkowymi, zgodnie z tabelą 3.1.
2. Uzasadnij, że ubezpieczenie OC jest ubezpieczeniem majątkowym.
3. Omów świadczenia wypłacane z tytułu szkód na osobie pokrywane z ubezpieczeń OC.
4. Co to jest kulancja?
5. Podaj różnice między karencją ustawową a umowną, podaj przykłady (inne niż wymienione w tekście).
6. Co to jest regres? Podaj przykłady.

7. Czy regres ma zastosowanie w ubezpieczeniach OC?
8. Kowalski ubezpieczył mieszkanie, w pakiecie wykupił również ubezpieczenie OC z tytułu posiadania i użytkowania lokalu mieszkalnego. Wyjechał na urlop, w tym czasie w jego mieszkaniu pękła rura kanalizacyjna i doszło do zalania zarówno jego mieszkania, jak i mieszkania sąsiadów. Ubezpieczyciel pokrył obie szkody. Czy w takiej sytuacji ma zastosowanie regres? A regres nietypowy?
9. Zakład ubezpieczeń stosuje franszyzę integralną w wysokości 500 zł. Wysokość szkody wyniosła 650 zł. Ile wyniesie wysokość wypłaconego odszkodowania?
10. Zakład ubezpieczeń stosuje franszyzę redukcyjną 20%. Wysokość szkody wyniosła 650 zł. Ile wyniesie wysokość wypłaconego odszkodowania?
11. Zakład ubezpieczeń stosuje franszyzę integralną w wysokości 500 zł. Suma ubezpieczenia wynosi 3000 zł. Wysokość szkody wyniosła 3700 zł, zatem wysokość wypłaconego odszkodowania wyniesie:
    A) 500 B) 3000 C) 3700 D) 3200.

3.3. Gospodarka finansowa zakładów ubezpieczeń

3.3.1. Specyfika gospodarki finansowej zakładu ubezpieczeń

T. Czerwińska

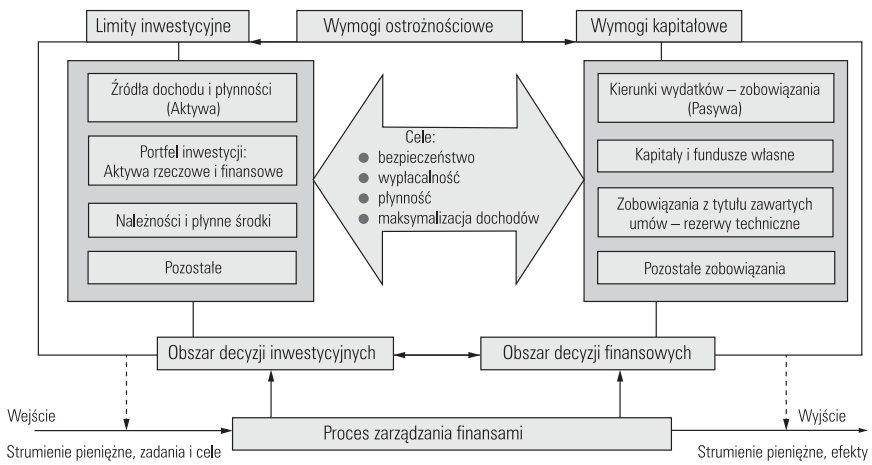
Zakłady ubezpieczeń – ze względu na specyfikę działalności, wynikającą z istoty mechanizmu gospodarczego, jakim jest ubezpieczenie, cechuje znaczna odrębność aranżacji struktur gospodarki finansowej. Model gospodarki finansowej w zasadzie każdej instytucji ubezpieczeniowej można zdefiniować jako dwustrumieniowy, składający się z: (1) przepływów środków pieniężnych związanych z działalnością *stricte* techniczno- -ubezpieczeniową, obejmujących wpływy i wydatki dotyczące: składek, wypłat odszkodowań i świadczeń oraz pokrycia wydatków w związku z prowadzeniem działalności gospodarczej; (2) przepływów pieniężnych związanych z działalnością inwestycyjną, wynikających z realizacji polityki inwestycyjnej, kształtowaniem i zarządzaniem portfelem lokat. Zasadniczą treść gospodarki finansowej zakładów ubezpieczeń stanowią przepływy środków pieniężnych wynikające z prowadzenia działalności *stricte* ubezpieczeniowej, a przepływy związane z realizacją polityki inwestycyjnej pełnią funkcję lewara finansowego, w znacznej mierze kształtując wynik finansowy podmiotu. Zakłady ubezpieczeń – jako instytucje pośrednictwa finansowego – zorientowane są na portfel zobowiązań, bowiem ich gospodarka finansowa ma zapewnić realizację zasady realności ochrony ubezpieczeniowej. Rodzaj i struktura zobowiązań zakładu ubezpieczeń z tytułu zawartych umów oraz ustalenie niezbędnego poziomu rezerw gotówkowych determinują w sposób zasadniczy formułowanie podstawowych parametrów polityki

inwestycyjnej: horyzont czasowy inwestycji, profil ryzyko–dochód oraz potrzeby w zakresie płynności [Czerwińska, 2009].

Gospodarka finansowa zakładu ubezpieczeń obejmuje swoim zakresem całokształt stosunków i działań (metod, środków i sposobów) dotyczących kształtowania strumieni środków pieniężnych i zasobów kapitałowych zakładu, włączając relacje z konkurencyjnym otoczeniem, planowanie, ewidencję, kontrolę oraz regulacje prawne w przedmiotowym zakresie. Sedno działalności instytucji ubezpieczeniowej jako pośrednika finansowego można ująć następująco: instytucja ubezpieczeniowa pożycza środki w formie składek ubezpieczeniowych przez emisje niepieniężnych instrumentów finansowych – polis ubezpieczeniowych (w pasywach ujmowane jako kapitał obcy), za które zobowiązuje się zapłacić rekompensatę w przypadku wystąpienia określonego z góry zdarzenia losowego, przy czym płatność ta jest z reguły obarczona znacznym stopniem niepewności zarówno co do jej rozmiarów, jak i momentu wystąpienia, np. w ubezpieczeniach majątkowych płatność może nie wystąpić wcale. Rozpatrując problematykę w nieco szerszym kontekście, warto wskazać na zasadnicze elementy stanowiące o jej odrębności nie tylko w relacji do gospodarki finansowej podmiotów gospodarczych sfery realnej – por. [Sangowski, 1994, s. 159], ale także innych instytucji pośrednictwa finansowego. Gospodarkę finansową zakładów ubezpieczeń determinują w głównej mierze:

- deterministyczny charakter strumieni zasilających – przychodów, oraz stochastyczny charakter odpływu środków, związanych z wypłatą odszkodowań i świadczeń, przy czym losowość dotyczy zarówno momentu wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego, jak i wysokości przyszłego roszczenia – zob. szerzej [Ronka-Chmielowiec, 1997, s. 30–31];
- emisja niepieniężnych instrumentów finansowych i szeroka aktywność na rynku finansowym – akumulacja znacznych środków finansowych wymaga od zakładu ubezpieczeń odpowiedzialnego inwestowania zgromadzonych środków, które mają zapewnić wywiązywanie się zakładu z podjętych wobec ubezpieczonych zobowiązań;
- wysoki poziom ryzyka – na który składa się ryzyko generowane przez działalność samego zakładu ubezpieczeń oraz ryzyko będące przedmiotem transferu w ramach zawieranych umów;
- inwersyjność cyklu produkcyjnego – inkaso składki następuje *pro rata*, przed poniesieniem faktycznych kosztów związanych z „wytworzeniem" usługi u ubezpieczeniowej;
- regulacje prawne i wymogi ostrożnościowe, dotyczące zarówno kształtu gospodarki finansowej, jak i instrumentarium zarządzania finansami, tj. np. metody tworzenia i rozwiązywania rezerw, wymogi kapitałowe, określenie standardów w zakresie płynności i wypłacalności oraz wytyczenie kierunków działalności inwestycyjnej.

Realizacja gospodarki finansowej instytucji ubezpieczeniowej wymaga przyjęcia określonej koncepcji kształtowania przepływów pieniężnych oraz aplikacji narzędzi zarządzania. Zakłady ubezpieczeń, jako instytucje pośrednictwa finansowego zorientowane na portfel zobowiązań, zawierają kontrakty finansowe w formie umów ubezpieczeniowych, a następnie wykorzystują mechanizm rynku finansowego do wypełnienia luki pomiędzy dzisiejszymi zebranymi składkami a przyszłymi zobowiązaniami. Zatem, zarządzanie finansami zakładu ubezpieczeń – w ujęciu procesowym – polega na celowym kształtowaniu strumieni przepływów środków pieniężnych, pozyskiwanych w drodze emisji niepieniężnych instrumentów finansowych, ich inwestowaniu oraz redystrybucji. W klasycznym ujęciu, zarządzanie finansami zakładu ubezpieczeń można przedstawić jako proces obejmujący dwa zasadnicze obszary decyzji: inwestycyjny i finansowy (rys. 3.7).



Rysunek 3.7. Zarządzanie finansami zakładu ubezpieczeń

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Gąsiorkiewicz, 2003, s. 181; Puxty, Dodds, 1995, s. 15–16; 28–31].

Obszar decyzji inwestycyjnych wiąże się z przyjętą przez zarządzających polityka inwestycyjną i dotyczy kształtowania portfela aktywów zakładu ubezpieczeń, w tym przede wszystkim portfela lokat. Decyzje finansowe dotyczą natomiast pozyskiwania i gromadzenia kapitału z różnych źródeł oraz kształtowania długoterminowej struktury kapitałów zakładu ubezpieczeń. Połączenie decyzji z obu obszarów: inwestycyjnego i finansowego – w procesie decyzyjnym o charakterze strategicznym, pozwala w perspektywie długoterminowej na osiągnięcie podstawowych celów instytucji ubezpieczeniowej. Zatem bilans zakładu ubezpieczeń w sposób syntetyczny ujmuje z jednej strony – portfel inwestycji w aktywa finansowe i rzeczowe, równoważone przez zobowiązania z tytułu zawartych umów, i kapitał ryzyka dostarczony przez akcjonariuszy – z drugiej strony. Zadłużenie

zakładu ubezpieczeń wzrasta w drodze sprzedaży niepieniężnych instrumentów finansowych – polis ubezpieczeniowych, w ten sposób zakłady dokonują lewarowania kapitału, co skutkuje wrażliwością cen usług ubezpieczeniowych na zmiany stóp procentowych [Hancock i In., 2001, s. 1–9; Doherty, Kang, 1988, s. 199–214].

3.3.2. Wymagania kapitałowe

T. Czerwińska

Kapitał pełni w zakładzie ubezpieczeń przede wszystkim funkcję gwarancyjną, zabezpieczającą płynność i wypłacalność instytucji ubezpieczeniowej, co umożliwia realizację podstawowej zasady realności ochrony ubezpieczeniowej. Wymagania kapitałowe dla zakładów ubezpieczeń i reasekuracji formułowane są zarówno w ujęciu zasobowym, jak i strumieniowym. W **ujęciu zasobowym**, zakład ubezpieczeń i reasekuracji jest zobowiązany do posiadania określonej wymaganej wielkości kapitału założycielskiego, niezbędnej dla podjęcia i prowadzenia działalności w danej grupie ubezpieczeń i reasekuracji, co ma na celu zapewnienie wypłacalności zakładu. Natomiast, w **ujęciu strumieniowym**, zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do kształtowania przepływów środków pieniężnych zgodnie z wyznaczonymi zasadami, co ma na celu zapewnienie zarówno wywiązywania się zakładu z bieżących zobowiązań, jak i umożliwienie przyrostu zasobu kapitału zakładu w perspektywie czasowej. Obecnie coraz bardziej zyskuje na znaczeniu powiązanie wymogów kapitałowych stawianych zakładom ubezpieczeń i reasekuracji z podejmowanym przez nie ryzykiem nie tylko *stricte* ubezpieczeniowym, ale i z ryzykiem prowadzenia działalności właściwym instytucjom pośrednictwa finansowego, tj. ryzykiem operacyjnym, ryzykiem rynkowym.

Zakłady ubezpieczeń i reasekuracji podlegają restrykcyjnym regulacjom prawnym w zakresie wymogów kapitałowych zarówno w sensie ilościowym, jak i jakościowym. Kapitał zakładowy zakładu ubezpieczeń i reasekuracji w formie spółki kapitałowej powinien być opłacony w całości przed zarejestrowaniem w Krajowym Rejestrze Sądowym z wkładów pieniężnych, a środki na jego opłacenie nie mogą pochodzić z nieujawnionych lub nielegalnych źródeł[8]. Ponadto, w przypadku ubezpieczeniowych spółek akcyjnych, akcje mogą być wyłącznie akcjami imiennymi[9]. Wysokość stawianych zakładom ubezpieczeń i reasekuracji wymogów kapitałowych jest zróżnicowana ze względu na:

[8] Art. 80, ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r., poz. 1844).

[9] Z wyjątkiem akcji przeznaczonych do publicznego obrotu, zdematerializowanych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi (art. 81, ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Dz.U. z 2015 r., poz. 1844).

- formę organizacyjnoprawną prowadzonej działalności – wyższe wymogi kapitałowe dla zakładów ubezpieczeń prowadzących działalność w formie spółek kapitałowych niż dla ubezpieczycieli w formie towarzystw ubezpieczeń wzajemnych;
- rodzaj prowadzonej działalności – ubezpieczeniowa i/lub reasekuracyjna oraz zróżnicowanie prowadzonej działalności w kategoriach wyodrębnionych przez ustawę grup ubezpieczeń w ramach poszczególnych działów.

Od 1 stycznia 2016 roku w krajach Unii Europejskiej obowiązują nowe regulacje w zakresie adekwatności kapitałowej zakładów ubezpieczeń i reasekuracji w ramach tzw. pakietu *Solvency II*. Konstrukcja nowego systemu wypłacalności opiera się na strukturze trzech wzajemnie powiązanych ze sobą filarów [www.knf.gov.pl.]:

- **Filar I** ma na celu wypracowanie wymagań kapitałowych uwzględniających wszystkie kwantyfikowalne rodzaje ryzyka w działalności zakładu ubezpieczeń oraz określenie zasad i zakresu stosowania tzw. modeli wewnętrznych oceny ryzyka;
- **Filar II** ma na celu opracowanie narzędzi efektywnego monitorowania i kontroli ryzyka, na które narażony jest zakład ubezpieczeń, zarówno narzędzi wewnętrznych, jak i narzędzi nadzorczych (reguły sprawowania i harmonizacji standardów nadzoru oraz zasady współpracy między nadzorami). Zgodnie z założeniami, w ocenie wypłacalności powinny zostać uwzględnione indywidualne cechy, w tym również o charakterze jakościowym, konkretnego zakładu: jakość zarządzania przedsiębiorstwem, kontrola wewnętrzna.
- **Filar III** obejmuje narzędzia samoregulacji rynku poprzez tworzenie warunków jego transparentności, określenie obowiązków informacyjnych oraz wypracowanie odpowiednich rozwiązań (standardów) w zakresie rachunkowości.

Nowe wymagania kapitałowe stawiane zakładom ubezpieczeń i reasekuracji definiują wielkość kapitału zakładu poprzez jego ekspozycję na ryzyko wynikające zarówno z prowadzenia działalności stricte ubezpieczeniowej, jak i ryzyka związane z wykonywaniem czynności pośrednictwa finansowego w szerszym kontekście, tj. np. ryzyko operacyjne. Na potrzeby kwantyfikacji wymogów kapitałowych powstała nowa metodologia identyfikacji, klasyfikacji i pomiaru ryzyka zakładów ubezpieczeń i reasekuracji. Przy szacowaniu wymogów kapitałowych dla zakładów ubezpieczeń i reasekuracji wymaga się bezpośredniego odzwierciedlenia wielkości podejmowanego ryzyka w wysokości kapitału przez [Czerwińska, 2013b]:

- kompleksowe podejście do profilu ryzyka zakładu: (1) uwzględnienie rodzajów ryzyka poddających się kwantyfikacji ilościowej jak ryzyko rynkowe, ubezpieczeniowe, rodzajów ryzyka weryfikowanych metodami jakościowymi jak ryzyko operacyjne, jak i rodzajów ryzyka trudno- lub niekwantyfikowalnych jak ryzyko prawne; (2) włączenie do kalkulacji dotychczas nieuwzględnianych w sposób bezpośredni rodzajów ryzyka jak ryzyko koncentracji;

- modułowe ujęcie ryzyka – wyodrębnienie modułów agregujących pokrewne rodzaje ryzyka i uwzględnienie korzyści z tytułu zastosowania technik zarządzania ryzykiem, np. dywersyfikacja oraz negatywnych efektów, np. koncentracja ryzyka;
- postrzeganie ryzyka zakładu przez pryzmat potencjalnych szoków rynkowych i strat – bezpośrednie powiązanie profilu ryzyka zakładu ubezpieczeń z określoną wymaganą wielkością kapitału ekonomicznego zabezpieczającego wypłacalność przy założonym poziomie ufności (metodologia *Value at Risk*).

Konstrukcja nowych wymogów kapitałowych sformułowanych w *Solvency II* jest dwupoziomowa. Zakłady ubezpieczeń i reasekuracji zobowiązane są do zabezpieczenia podejmowanego ryzyka na poziomie[10]:

- generalnym – kapitałowy wymóg wypłacalności (*Solvency Capital Requirement* – SCR) rozumiany jako pewna ilość dopuszczonych środków własnych, która, przy założeniu kontynuacji działalności zakładu ubezpieczeń i reasekuracji, gwarantuje pokrycie nieoczekiwanych znacznych strat; kapitałowy wymóg wypłacalności odpowiada wartości narażonej na ryzyko podstawowych środków własnych zakładu ubezpieczeń lub reasekuracji na poziomie ufności 99,5% w okresie jednego roku.
- minimalnym – minimalny wymóg kapitałowy (*Minimum Capital Requirement* – MCR) – odpowiada puli dopuszczonych podstawowych środków własnych, która, przy założeniu kontynuacji działalności zakładu ubezpieczeń, gwarantuje, że ubezpieczający i beneficjenci nie będą narażeni na niedopuszczalny poziom ryzyka; MCR ma zabezpieczyć wydatki na pokrycie nieoczekiwanych zdarzeń, których prawdopodobieństwo wystąpienia w ciągu roku mieści się w granicach 15%.

Kapitał zakładowy ma podstawowe znaczenie dla zabezpieczenia wypłacalności instytucji ubezpieczeniowej. Generalnie obowiązuje zasada, że zarówno zakłady ubezpieczeń, jak i zakłady reasekuracji, zobowiązane są do posiadania kapitału zakładowego w wysokości nie niższej niż dolny próg określonego minimalnego wymogu kapitałowego (*Minimum Solvency Capital Requirement* – MSCR) wymaganego dla grup ubezpieczeń, w zakresie których podmiot otrzymał zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej lub reasekuracyjnej[11]. Zasada

[10] Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (*Solvency II*) (Dz.U. UE z 17/12/2009).

[11] Art. 80, art. 111, ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r., poz. 1844). Zasada ta obowiązuje tzw. małe akcyjne spółki ubezpieczeniowe, tzn. takie, które spełniają łącznie warunki dotyczące: (1) skali prowadzonej działalności, tj.: roczna składka przypisana brutto zakładu nie przekracza 5 mln euro, oraz łączne rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe brutto zakładu (i grupy jeżeli zakład wchodzi w skład grupy) dla celów wypłacalności nie przekraczają 25 mln euro; (2) ryzyk, w zakresie których zakład prowadzi działalność, tj.: zakład nie wykonuje działalności w zakresie ubezpieczenia lub reasekuracji odpowiedzialności cywilnej, kredytu i gwarancji ubezpieczeniowej oraz roczna składka przypisana brutto zakładu z reasekuracji czynnej nie przekracza 0,5 mln euro oraz 10% łącznej składki przypisanej brutto; a rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe brutto dla celów wypłacalności z reasekuracji czynnej nie przekraczają 2,5 mln euro oraz 10% łącznych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych brutto dla celów wypłacalności (art. 101, usta-

ta nie obowiązuje: tzw. małych spółek akcyjnych[12] oraz małych towarzystw ubezpieczeń wzajemnych[13]. Niemniej jednak, wszystkie instytucje ubezpieczeniowe, zarówno w formie spółek kapitałowych, jak i towarzystw ubezpieczeń wzajemnych zobowiązane są do tworzenia kapitałów zapasowych i rezerwowych na pokrycie ewentualnych przyszłych strat, przeznaczając na ten cel co najmniej 8% zysku za dany rok obrotowy, dopóki kapitał ten nie osiągnie co najmniej jednej trzeciej kapitału zakładowego[14]. Obniżenie wartości kapitału zapasowego instytucji ubezpieczeniowej dopuszczalne jest wyłącznie w celu pokrycia powstałej straty bilansowej[15]. Złagodzenie wymogów kapitałowych w stosunku o tych podmiotów zgodnie z zasadą proporcjonalności, ma na celu ochronę różnorodności rynku ubezpieczeń oraz zapobieganie jego nadmiernej koncentracji. Zawarta w Traktacie zasada proporcjonalności stanowi, że – mając na uwadze nadrzędny cel oraz rachunek kosztów i korzyści wprowadzanych regulacji – dopuszczalne jest stosowanie węższego zakresu regulacji wobec podmiotów, których właściwości pozwalają osiągać ten sam skutek, jak w przypadku stosowania pełnego zakresu regulacji. W przypadku instytucji ubezpieczeniowych potrzeba zastosowania zasady proporcjonalności wobec wymogów kapitałowych stosowana jest przede wszystkim ze względu na

wa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r., poz. 1844).

[12] Przyjmuje się, że tzw. małą akcyjną spółką ubezpieczeniową jest podmiot, który spełnia łącznie warunki dotyczące: (1) skali prowadzonej działalności, tj.: roczna składka przypisana brutto zakładu nie przekracza 5 mln euro, oraz łączne rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe brutto zakładu (i grupy jeżeli zakład wchodzi w skład grupy) dla celów wypłacalności nie przekraczają 25 mln euro; (2) ryzyk, w zakresie których zakład prowadzi działalność, tj.: zakład nie wykonuje działalności w zakresie ubezpieczenia lub reasekuracji odpowiedzialności cywilnej, kredytu i gwarancji ubezpieczeniowej oraz roczna składka przypisana brutto zakładu z reasekuracji czynnej nie przekracza 0,5 mln euro oraz 10% łącznej składki przypisanej brutto; a rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe brutto dla celów wypłacalności z reasekuracji czynnej nie przekraczają 2,5 mln euro oraz 10% łącznych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych brutto dla celów wypłacalności (art. 101, ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r., poz. 1844).

[13] Towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych może zostać uznane w drodze decyzji organu nadzoru za tzw. Małe towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych, jeśli spełnione są łącznie warunki dotyczące: (1) zakresu działalności, tj.: towarzystwo ubezpiecza wyłącznie swoich członków, których krąg jest wyraźnie zdefiniowany w statucie (osoby fizyczne wykonujące określony zawód lub działalność oraz członkowie ich rodzin lub osoby prawne, z wyjątkiem spółek prawa handlowego); ponadto towarzystwo ma ograniczony zakres działalności ze względu na małą liczbę członków, niewielką liczbę lub niskie sumy zawieranych umów ubezpieczenia lub ograniczony terytorialny zasięg działalności; a także towarzystwo nie wykonuje działalności w zakresie ubezpieczenia OC, ubezpieczenia kredytu i gwarancji ubezpieczeniowej; (2) skali działalności, tj.: roczna składka przypisana brutto w 3 ostatnich latach obrotowych, nie przekracza 5 mln euro, towarzystwo powinno też przedstawić wiarygodną prognozę, że wartość składki nie zostanie przekroczona w ciągu kolejnych 5 lat obrotowych (art. 109, ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r., poz. 1844).

[14] Art. 396, ustawa z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz.U. z 2013 r., poz. 1030).

[15] Art. 113, ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015, poz. 1844).

wielkość, ograniczony zakres rzeczowy i terytorialny działalności, a także działanie w ramach przynależności członkowskiej.

Minimalny wymóg kapitałowy (MSCR) szacuje się z wykorzystaniem funkcji liniowej zbioru podstawowych zmiennych (bez uwzględnienia reasekuracji), tj. rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe, składka przypisana, suma na ryzyku, podatki odroczone i wydatki administracyjne. Funkcja ta jest kalibrowana według wartości narażonej na ryzyko podstawowych środków własnych zakładu ubezpieczeń przy założonym poziomie ufności 85% w okresie rocznym. Wysokość nieprzekraczalnego minimalnego kapitału gwarancyjnego jest indeksowana co 5 lat w relacji do zmian europejskiego indeksu cen konsumpcyjnych[16]. Dla zakładów prowadzących działalność w dziale ubezpieczeń na życie wysokość nieprzekraczalnego dolnego progu MSCR określona jest na poziomie wartości bazowej równowartości 3,7 mln euro. Obecnie zgodnie z regulacją wartość minimalnego kapitału gwarancyjnego dla wszystkich zakładów reasekuracji wynosi równowartość 3,6 mln euro[17]. Natomiast dla zakładów ubezpieczeń otrzymujących zezwolenie na prowadzenie działalności w dziale ubezpieczeń majątkowych i pozostałych osobowych (dział II) nieprzekraczalny dolny próg MSCR jest obecnie wyznaczony na poziomie równowartości[18]:

- 2,5 mln euro, jeśli zakład prowadzi działalność wyłącznie w zakresie rodzajów ryzyka zaliczanych do grup: 1– i 16–18 zgodnie z klasyfikacją ustawową;
- 3,7 mln euro, jeśli zakład prowadzi działalność w zakresie rodzajów ryzyka, z których przynajmniej jedno jest zaliczane do grup 10–15 zgodnie z klasyfikacją ustawową.

Jednocześnie przyjmuje się, że kontynuacja działalności nie jest zagrożona jeśli minimalny wymóg kapitałowy nie spadnie poniżej 25% ani nie przekroczy 45% kapitałowego wymogu wypłacalności (SCR) zakładu ubezpieczeń[19]. Są to dodatkowe, oprócz kwotowych, nieprzekraczalne dolne progi poziomu minimalnego wymogu kapitałowego, który ma być szacowany i raportowany organowi nadzoru z częstotliwością co najmniej kwartalną. Minimalny wymóg kapitałowy nie może być niższy niż nieprzekraczalny dolny próg minimalnego wymogu kapitałowego. Należy zaznaczyć, że minimalny nieprzekraczalny dolny próg wymo-

[16] Wzrost zharmonizowanego europejskiego indeksu cen konsumpcyjnych o co najmniej 5% od dnia ostatniej zmiany obowiązujących wartości bazowych MSCR do dnia przeglądu, pociąga za sobą zwiększenie bazowych wartości kwot o procentową wielkość zmiany zharmonizowanego europejskiego indeksu cen konsumpcyjnych wszystkich państw członkowskich Unii Europejskiej (art. 272, ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r., poz. 1844).

[17] Art. 272, ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r., poz. 1844).

[18] Art. 272, ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r., poz. 1844).

[19] Art. 273, ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r., poz. 1844).

gu kapitałowego ma podstawowe znaczenie przede wszystkim przy otrzymaniu zezwolenia na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej i w początkowej fazie rozwoju zakładu. Zatem, minimalny dolny próg wymogu kapitałowego, jak sama nazwa wskazuje, stanowi wymóg kapitałowy na poziomie absolutnie nieprzekraczalnym, koniecznym do zapewnienia minimum bezpieczeństwa prowadzonej działalności.

Inną rolę pełni definiowanie wymogu kapitałowego instytucji ubezpieczeniowej w relacji do podejmowanego przez nią ryzyka (ang. *risk-based approach*). Na potrzeby szacowania wymaganej wielkości kapitału ekonomicznego zakładu ubezpieczeń i reasekuracji wyodrębnia się kilka zagregowanych zasadniczych modułów ryzyka (tab. 3.3)[20]:

- ryzyko szacowane metodami aktuarialnymi w ubezpieczeniach osobowych, ubezpieczeniach majątkowych (w tym ubezpieczeniach na życie i zdrowotnych),
- ryzyko rynkowe,
- ryzyko kredytowe,
- ryzyko operacyjne (w tym ryzyko prawne, z wyłączeniem ryzyka decyzji strategicznych oraz ryzyka reputacji).

Każdy z modułów ryzyka jest kalibrowany przy uwzględnieniu miary wartości narażonej na ryzyko przy założonym poziomie ufności 99,5% w okresie jednego roku, a przy konstruowaniu każdego modułu ryzyka uwzględnia się efekty dywersyfikacji.

Ryzyko rynkowe w działalności zakładów ubezpieczeń związane jest z wahaniami koniunktury rynkowej, które powodują zmiany w wartości portfela aktywów. Poziom ryzyka rynkowego zakładu ubezpieczeń odzwierciedla stopień, do którego negatywne zmiany w wartości portfela aktywów – wskutek zmian cen rynkowych, stóp procentowych, kursów walutowych, cen akcji itd. – nie są równoważone korespondującymi zmianami w wartości portfela zobowiązań [*Guidance Paper*…, 2004]. Ryzyko rynkowe jest wysokie zwłaszcza w przypadku produktów ubezpieczeniowych z tzw. wypłatą gwarantowaną lub gwarantowaną stopą zwrotu.

Ryzyko kredytowe związane jest z niebezpieczeństwem nieotrzymania, otrzymania tylko w części lub otrzymania z opóźnieniem należnych zakładowi z tytułu posiadania określonego kontraktu, instrumentu finansowego, umowy reasekuracji, przepływów pieniężnych lub aktywów, z powodu niedotrzymania warunków umowy przez kontrahenta. Ryzyko kredytowe rozpatrywane jest w nowych wymogach kapitałowych w odniesieniu do należności z tytułu reasekuracji oraz kontynuacji umów ubezpieczenia jako ryzyko niedotrzymania zobowiązania przez kontrahenta (tzw. *default*). Należności z tytułu reasekuracji korygowane są o ryzyko niewykonania zobowiązania (brane pod uwagę jest prawdopodobieństwo *default*) oraz szacuje się tzw. *recovery rate* – czyli część zobowiązań którą reasekurator na-

[20] Art. 249, ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r., poz. 1844).

dal będzie w stanie spłacić nawet w sytuacji realizacji ryzyka *default* [*QIS5 Technical Specifications*…, 2010].

Zakłady ubezpieczeń są podatne na ryzyko operacyjne z uwagi na masowy charakter zawieranych transakcji, wzrost wykorzystania elektronicznych kanałów dystrybucji, postępującą konwergencję produktów finansowych i ubezpieczeniowych oraz szerokie wykorzystywanie outsourcingu [Monkiewicz J., 2003]. Nowym rozwiązaniem, mającym urealnić ocenę ryzyka zakładu ubezpieczeń, jest sformułowanie wymogu kapitałowego dla ryzyka operacyjnego. Ryzyko w obszarze operacyjnym zakładu ubezpieczeń można definiować jako niebezpieczeństwo wystąpienia strat o charakterze bezpośrednim lub pośrednim wynikające z niewłaściwych lub zawodnych procedur wewnętrznych oraz działania ludzi [*Guidance Paper*…, 2004].

Do najważniejszych źródeł ryzyka operacyjnego w działalności zakładu ubezpieczeń można zaliczyć [Czerwińska, 2009; Tripp i in., 2004]:

- nadużycia wewnętrzne – straty generowane przez nieprofesjonalną lub przestępczą działalność pracowników zakładu lub osób z nim związanych, np. agentów,
- nadużycia zewnętrzne – straty generowane przez działalność osób niezwiązanych z zakładem, np. włamania do systemów informatycznych i baz danych;
- polityka kadrowa i bezpieczeństwo pracy – kwestie związane z nieprzestrzeganiem wymogów prawa pracy i roszczenia pracowników z tego tytułu;
- produkty, klienci oraz praktyki biznesowe – dotyczy naruszenia obowiązków powierniczych, np. wykorzystywania poufnych informacji;
- zakłócenia ciągłości działalności oraz awarie systemów komputerowych, zawodność sprzętu informatycznego i oprogramowania;
- zarządzanie procesami – problemy z właściwą obsługą transakcji, np. przy rejestracji, monitorowaniu, raportowaniu.

Tabela 3.3. Moduły ryzyka zakładu ubezpieczeń na potrzeby szacowania kapitałowego wymogu wypłacalności

	Ryzyko ubezpieczeniowe			Ryzyko rynkowe	Ryzyko niewykonania zobowiązania przez kontrahenta
Moduły ryzyka	**W ubezpieczeniach na życie**	**W ubezpieczeniach majątkowych**	**W ubezpieczeniach zdrowotnych**		
1	2	3	4	5	6
Opis	Ryzyko wynikające z zobowiązań dotyczących ubezpieczenia w odniesieniu do pokrytych w danej działalności rodzajów ryzyka i procesów.			Ryzyko wynikające z poziomu lub zmienności rynkowych cen instrumentów finansowych, odzwierciedla strukturalne niedopasowanie aktywów i zobowiązań, w szczególności w odniesieniu do czasu ich trwania.	Odzwierciedla straty możliwe w ciągu kolejnych 12 m-cy w związku z nieoczekiwanym niewykonaniem zobowiązań przez kontrahentów i dłużników lub pogorszeniem się ich zdolności kredytowej.
Submoduły ryzyka	1. Ryzyko śmiertelności – ryzyko straty lub niekorzystnej zmiany wartości zobowiązań, wynikające ze zmian w poziomie współczynników umieralności w przypadku, gdy wzrost współczynnika umieralności prowadzi do zwiększenia wartości zobowiązań zakładu.	1. Ryzyko składki i ryzyko rezerw – ryzyko straty lub niekorzystnej zmiany wartości zobowiązań, wynikające ze zmienności w zakresie występowania, częstotliwości i skali ubezpieczanych zdarzeń oraz ze zmienności w zakresie występowania wypłat odszkodowań i ich kwot.	1. Ryzyko straty lub niekorzystnej zmiany wartości zobowiązań, wynikające ze zmian w poziomie wydatków ponoszonych na obsługę umów ubezpieczenia lub reasekuracji, tendencji w kształtowaniu tych wydatków lub ich zmienności.	1. Ryzyko stopy procentowej – wrażliwość wartości aktywów, zobowiązań i instrumentów finansowych na zmiany w strukturze czasowej stóp procentowych lub wahania zmienności stóp procentowych.	Obejmuje umowy służące ograniczeniu ryzyka, tj. umowy reasekuracji, sekurytyzację i instrumenty pochodne, należności od pośredników, a także wszelkie inne ekspozycje kredytowe nieobjęte submodułem ryzyka spreadu kredytowego; uwzględnia gwarancje i inne dodatkowe zabezpieczenia posiadane przez ZU oraz związane z nim rodzaje ryzyka.

1	2	3	4	5	6
Submoduły ryzyka	2. Ryzyko długowieczności – ryzyko straty lub niekorzystnej zmiany wartości zobowiązań, wynikające ze zmian w poziomie współczynników umieralności w przypadku, gdy spadek współczynnika umieralności prowadzi do zwiększenia wartości zobowiązań zakładu.	2. Ryzyko katastroficzne – ryzyko straty lub niekorzystnej zmiany wartości zobowiązań, wynikające ze znacznej niepewności założeń dotyczących wyceny i tworzenia rezerw związanych z ekstremalnymi lub wyjątkowymi zdarzeniami.	2. Ryzyko straty lub niekorzystnej zmiany wartości zobowiązań, wynikające ze zmienności w zakresie występowania, częstotliwości i skali ubezpieczanych zdarzeń oraz ze zmienności w zakresie występowania wypłat odszkodowań i ich kwot w momencie tworzenia rezerw.	2. Ryzyko cen akcji i cen nieruchomości – wrażliwość wartości aktywów, zobowiązań i instrumentów finansowych na zmiany w poziomie lub wahania zmienności rynkowych cen akcji i cen nieruchomości.	
	3. Ryzyko niezdolności do pracy – zachorowalności – ryzyko straty lub niekorzystnej zmiany wartości zobowiązań, wynikające ze zmian w poziomie współczynnika niezdolności do pracy, chorobowości i zachorowalności.	3. Ryzyko rezygnacji z umów.	3. Ryzyko straty lub niekorzystnej zmiany wartości zobowiązań, wynikające ze znacznej niepewności założeń dotyczących wyceny i tworzenia rezerw związanych z wybuchami dużych epidemii oraz wyjątkową akumulacją ryzyka w takich ekstremalnych warunkach.	3. Rryzyko spreadu kredytowego – wrażliwość wartości aktywów, zobowiązań i instrumentów finansowych na zmiany w poziomie spreadów kredytowych w odniesieniu do struktury czasowej stóp procentowych papierów wartościowych pozbawionych ryzyka lub wahania ich zmienności.	

1	2	3	4	5	6
Submoduły ryzyka	4. Ryzyko wydatków w ubezpieczeniach na życie – ryzyko straty lub niekorzystnej zmiany wartości zobowiązań ubezpieczeniowych, wynikające ze zmian w poziomie wydatków ponoszonych na obsługę umów ubezpieczenia lub umów reasekuracji, tendencji kształtowania tych wydatków lub ich zmienności.			4. Ryzyko walutowe – wrażliwość wartości aktywów, zobowiązań i instrumentów finansowych na zmiany w poziomie lub wahania zmienności kursów wymiany walut.	
	5. Ryzyko rewizji wysokości rent – ryzyko straty lub niekorzystnej zmiany wartości zobowiązań, wynikające ze zmian w poziomie współczynników korygujących, stosowanych do ubezpieczeń rentowych w związku ze zmianami otoczenia prawnego lub stanu zdrowia ubezpieczonej osoby.			5. Ryzyko koncentracji aktywów – dodatkowe ryzyko, na które narażony jest ZU, wynikające z braku dywersyfikacji portfela aktywów lub z dużej ekspozycji na ryzyko niewykonania zobowiązania przez pojedynczego emitenta papierów wartościowych lub grupę powiązanych emitentów.	
	6. Ryzyko rezygnacji z umów – ryzyko straty lub niekorzystnej zmiany wartości zobowiązań, wynikające ze zmian w poziomie współczynników rezygnacji z umów, zamykania, odnawiania i wykupów polis.				

1	2	3	4	5	6
	7. Ryzyko katastroficzne – ryzyko straty lub niekorzystnej zmiany wartości zobowiązań, wynikające ze znacznej niepewności założeń dotyczących wyceny i tworzenia rezerw, związanych z ekstremalnymi lub nieregularnymi zdarzeniami.				

Źródło: opracowanie własne na podstawie: dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (*Solvency II*); *QIS5 Technical Specifications*, 2010.

Kapitałowy wymóg wypłacalności (SCR) obliczany według formuły standardowej stanowi sumę: (1) podstawowego kapitałowego wymogu wypłacalności (SCR*basic*), (2) wymogu kapitałowego dla ryzyka operacyjnego oraz (3) korekty dostosowania z tytułu zdolności rezerw techniczno-ubezpieczeniowych i podatków odroczonych do pokrywania strat – możliwe wyrównanie nieoczekiwanych strat przez równoczesne zmniejszenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych lub podatków odroczonych lub przez połączenie obu tych metod[21]. Kapitałowy wymóg wypłacalności (SCR) może byc także szacowany z wykorzystaniem modelu wewnętrznego wypracowanego przez zakład ubezpieczeń I reasekuacji i zatwierdzony przez organ nadzoru. Model taki powinien zapewnić uwzględnienie wszystkich mierzalnych rodzajów ryzyka, na które narażony jest zakład ubezpieczeń.

Całkowity profil ryzyka zakładu ubezpieczeń odzwierciedla podstawowy kapitałowy wymóg wypłacalności (SCR_{basic}), który zgodnie ze standardową formułą szacowany jest jako:[22]

$$SCR_{basic} = \sqrt{\sum_{i,j} \rho_{i,j} \cdot SCR_i \cdot SCR_j}$$

gdzie:
współczynnik $\rho_{i,j}$ podane w wierszu *i* i kolumnie *j* w macierzy korelacji (zob. tab. 3.4),
SCR_i, SCR_j – moduły ryzyka i,j uwzględniające wszystkie możliwe kombinacje *i,j*, za SCR_i i SCR_j przyjmuje się odpowiednio:
SCR non-life – moduł ryzyka ubezpieczeniowego w ubezpieczeniach innych niż na życie,
SCR life – moduł ryzyka ubezpieczeniowego w ubezpieczeniach na życie,
SCR health – moduł ryzyka ubezpieczeniowego w ubezpieczeniach zdrowotnych,
SCR market – moduł ryzyka rynkowego,
SCR default – moduł ryzyka niewykonania zobowiązania przez kontrahenta.

Kapitałowy wymóg wypłacalności odpowiada wartości narażonej na ryzyko zmiany podstawowych środków własnych zakładu ubezpieczeń lub zakładu reasekuracji na poziomie ufności 99,5% w okresie jednego roku.

[21] Art. 103, Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wypłacalność II) (Dz.U. UE z 17/12/2009).

[22] Art. 104, Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wypłacalność II) (Dz.U. UE z 17/12/2009).

Tabela 3.4. Współczynniki korelacji

i / *j*	Ryzyko rynkowe	Ryzyko niewykonania zobowiązania	Ryzyko w ubezp. na życie	Ryzyko w ubezp. zdrowotnych	Ryzyko w ubezp. innych niż na życie
Ryzyko rynkowe	1	0,25	0,25	0,25	0,25
Ryzyko kredytowe	0,25	1	0,25	0,25	0,5
Ryzyko w ub. na życie	0,25	0,25	1	0,25	0
Ryzyko w ub. zdrowotnych	0,25	0,25	0,25	1	0
Ryzyko w ub. majątkowych	0,25	0,5	0	0	1

Źródło: Załącznik IV do Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. UE z 17/12/2009).

Analizy Komisji Nadzoru Finansowego wykazują, że ryzyko aktuarialne związane z umowami ubezpieczenia na życie stanowi największy moduł dla 9 z 24 analizowanych zakładów działu I, a do najbardziej istotnych składowych należą podmoduły: ryzyko rezygnacji z umów, ryzyko śmiertelności oraz ryzyko katastroficzne i ryzyko zmiany kosztów [Podsumowanie wyników badania QIS5 w Polsce 2011]. W najważniejszym module ryzyka dla zakładów ubezpieczeń działu II, module ryzyka ubezpieczeń majątkowo-osobowych (24 z 26 analizowanych zakładów) największy udział miały podmoduły: ryzyko składki i rezerw oraz ryzyko katastroficzne.

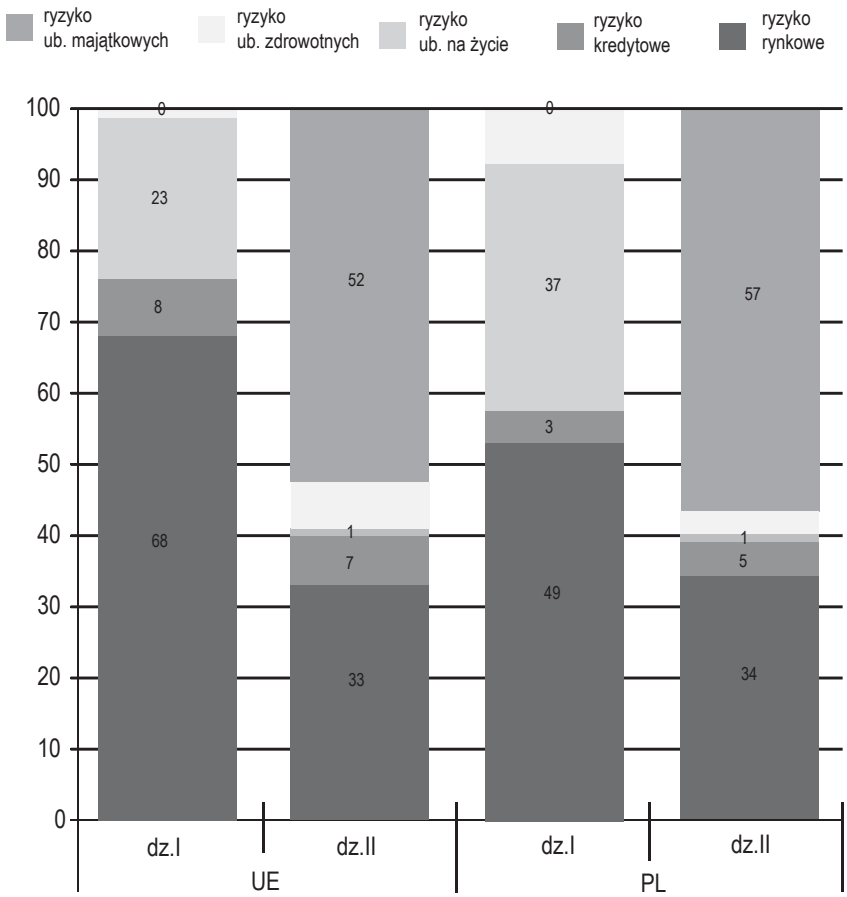
Szacowanie wymogu kapitałowego przebiega dwuetapowo: początkowo wylicza się wielkość kapitału niezbędną do pokrycia poszczególnych grup ryzyka, a następnie uwzględnia się korektę z tytułu stosowania instrumentów zarządzania ryzykiem, np. dywersyfikacja portfela lokat, instrumenty pochodne, reasekuracja.

Tabela 3.5. Szacowanie wymogu kapitałowego dla zakładów ubezpieczeń prowadzących działalność w Polsce w ujęciu zagregowanym (w%)

	Zakłady ubezpieczeń dział I	Zakłady ubezpieczeń dział II
Ryzyko rynkowe	66	47
Ryzyko kredytowe	4	7
Ryzyko w ub. na życie	49	2
Ryzyko w ub. zdrowotnych	15	3
Ryzyko w ub. majątkowych	0	79
Korekta za dywersyfikację	–28	–29
BSCR	106	109
Ryzyko operacyjne	+12	+5
Korekta za zarządzanie ryzykiem	–19	–14
SCR	100 (7 802 mln zł)	100 (11 526 mln zł)

Źródło: opracowanie na podstawie: Podsumowanie wyników badania QIS5 w Polsce, KNF, Warszawa, 21 marca 2011.

Profil ryzyka zdeterminowany jest specyfiką przedmiotu działalności, stąd wykazuje on znaczne zróżnicowanie dla poszczególnych grup instytucji ubezpieczeniowych. Profil ryzyka zakładów ubezpieczeń na życie zdominowany jest przez ryzyko rynkowe związane przede wszystkim z działalnością inwestycyjną, natomiast, w przypadku zakładów ubezpieczeń majątkowych – przez ryzyko stricte ubezpieczeniowe (rys. 2). Analiza struktury kapitałowego wymogu wypłacalności (SCR) w zakładach ubezpieczeń na życie wykazuje, że największy wpływ jego wysokość ma ryzyko rynkowe (68% **w ujęciu zagregowanym w krajach UE**) oraz ryzyko aktuarialne związane z umowami ubezpieczeń na życie (rys. 2). Szacuje się, że na wysokość wymogu kapitałowego (SCR) w zakładach ubezpieczeń majątkowych i pozostałych osobowych (non life) największy wpływ mają: ryzyko stricte ubezpieczeniowe (ponad 50%) oraz ryzyko rynkowe (ponad 30%). Ryzyko kredytowe zaś stanowi w obydwu działach od 3do 8% wymogu kapitałowego SCR.



Rysunek 3.8. Struktura wymogu kapitałowego zakładów ubezpieczeń prowadzących działalność w Unii Europejskiej oraz w Polsce – w ujęciu zagregowanym dla działów w % SCR

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Podsumowanie wyników badania QIS5 w Polsce, KNF, Warszawa, 21 marca 2011.

Stawiane zakładom ubezpieczeń i reasekuracji wymogi ostrożnościowe mają na celu zapewnienie płynności i wypłacalności. Płynność zakładu ubezpieczeń odzwierciedla jego zdolność do regulowania bieżących zobowiązań. Stopień płynności zakładu ubezpieczeń jest funkcją płynności portfela jego aktywów. Natomiast wypłacalność zakładu ubezpieczeń odzwierciedla jego zdolność do absorbcji negatywnych skutków realizacji rodzajów ryzyka związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej, np. ryzyko rynkowe, operacyjne. Zakład ubezpieczeń może utracić płynność, wciąż pozostając wypłacalnym. Zachowanie wypłacalności zakładu ubezpieczeń wymaga posiadania pewnej nadwyżkowej wielkości środków własnych nieobciążonych zobowiązaniami. Zakłady ubezpieczeń i reasekuracji zo-

bowiązane są do posiadania: (1) wysokiej jakości aktywów wolnych od obciążeń (tzw. dopuszczonych podstawowych środków własnych) w wysokości nie niższej niż minimalny wymóg kapitałowy, a także (2) dopuszczonych środków własnych w wysokości nie niższej niż kapitałowy wymóg wypłacalności[23].

Przyjmuje się, że środki własne instytucji ubezpieczeniowej to aktywa wolne od obciążeń, dostępne na pokrycie przyszłych ewentualnych strat wynikających z niesprzyjających wahań, np. koniunkturalnych lub innych, w obszarze wykonywanej przez ubezpieczyciela działalności, zarówno przy założeniu kontynuacji działalności, jak i w przypadku likwidacji. Zgodnie z Dyrektywą *Solvency II*, środki własne zakładu ubezpieczeń stanowią sumę podstawowych i uzupełniających środków własnych[24]. Na podstawowe środki własne zakładu składają się: (1) nadwyżka aktywów nad zobowiązaniami, pomniejszona o wartość własnych akcji i udziałów będących w posiadaniu zakładu, oraz zobowiązania podporządkowane. Jest to pewnego rodzaju finansowy bufor bezpieczeństwa zakładu ubezpieczeń i reasekuracji, gwarantujący absorbcję ryzyka wynikającego z prowadzonej działalności gospodarczej. Do uzupełniających środków własnych zakładu można zaliczać: nieopłacony kapitał zakładowy lub założycielski, do którego opłacenia nie wezwano, akredytywy i gwarancje oraz wszelkie inne prawnie wiążące zobowiązania otrzymane przez zakład ubezpieczeń i reasekuracji. Środki te podlegają kategoryzacji ze względu na ich cechy jakościowe związane z[25]: (1) dostępnością – pozycja jest dostępna lub można wezwać do jej opłacenia w celu pełnego pokrycia strat w przypadku kontynuacji działalności lub likwidacji zakładu ubezpieczeń; (2) dopasowaniem okresu trwania pozycji do okresu trwania zobowiązań z tytułu zawartych umów ubezpieczenia i umów reasekuracji; (3) jakością kredytową – czy pozycja jest wolna od wymogów lub bod**źców do wykupu kwoty nominalnej oraz** od obciążeń i jak jest powiązana z inną umową. Zgodnie z regulacjami, środki własne zakładu podlegają kategoryzacji do trzech kategorii: (1) fundusze nadwyżkowe; (2) akredytywy i gwarancje zarządzane powierniczo na zlecenie wierzycieli ubezpieczeniowych przez niezależnego powiernika i wystawione przez instytucje kredytowe z siedzibą na terytorium Unii Europejskiej oraz wszelkie przyszłe należności, jakie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych mogą otrzymać od swoich członków w formie dodatkowego wkładu w ciągu kolejnych 12 m-cy; (3) wszelkie pozostałe pozycje podstawowych i uzupełniających środków własnych, które posiadają niskie cechy jakościowe, np. mała dostępność. Istotne znaczenie dla wypłacalności zakładu ma wartość zgromadzonych funduszy nadwyżkowych, które sta-

[23] Art. 239, ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r., poz. 1844).

[24] Art. 87–89, Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wypłacalność II) (Dz.U. UE z 17/12/2009).

[25] Art. 245, ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r., poz. 1844).

nowią skumulowane niepodzielone zyski zakładu, bowiem zyski te mogą w pełni lub częściowo zostać przeznaczone do podziału między beneficjentów umów ubezpieczenia oraz cedentów z umów reasekuracji[26]. Jednocześnie, w odniesieniu do zaliczania na pokrycie kapitałowego wymogu wypłacalności dopuszczone kwoty pozycji 2 i 3 podlegają limitom[27]:

- dopuszczone środki własnych należące do kategorii 1 – stanowią ponad 1/3 łącznej kwoty dopuszczonych środków własnych;
- dopuszczona kwota pozycji z kategorii 3 stanowi mniej niż 1/3 łącznej kwoty dopuszczalnych środków własnych.

Do pokrycia minimalnego wymogu kapitałowego dopuszcza się tylko te środki własne, które zostały zakwalifikowane do 1 i 2 kategorii z zastrzeżeniem, że kwota pozycji dopuszczonych podstawowych środków własnych zakwalifikowanych do kategorii 1 stanowi więcej niż 50% łącznej wysokości dopuszczonych podstawowych środków własnych stanowiących pokrycie minimalnego wymogu kapitałowego[28].

Słowa kluczowe

- Kapitałowy wymóg wypłacalności
- Minimalny wymóg kapitałowy
- Ryzyko rynkowe
- Ryzyko kredytowe
- Wypłacalność zakładu ubezpieczeń
- Kapitał zakładowy
- Środki własne zakładu ubezpieczeń
- Fundusze nadwyżkowe

Pytania kontrolne

1. Wymień kluczowe determinanty odrębności gospodarki finansowej zakładów ubezpieczeń?
2. Wyjaśnij różnicę między płynnością a wypłacalnością zakładu ubezpieczeń.
3. Wyjaśnij istotę i rolę marginesu wypłacalności zakładów ubezpieczeńi reasekuracji.
4. Wyjaśnij istotę szacowania kapitałowego wymogu wypłacalności zakładów ubezpieczeń i reasekuracji

[26] Art. 244, ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r., poz. 1844).

[27] Art. 98, Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wypłacalność II) (Dz.U. UE z 17/12/2009).

[28] Art. 248, ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r., poz. 1844).

3.3.3. Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe

P. Kowalczyk-Rólczyńska

Podrozdział ten został poświęcony rezerwom techniczno-ubezpieczeniowym. Przedstawiono w nim cel tworzenia tych rezerw w zakładzie ubezpieczeń[29], omówiono także rodzaje rezerw techniczno-ubezpieczeniowych oraz wskazano, które z nich są charakterystyczne dla danego działu ubezpieczeń. Ponadto przedstawiono metody tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, a także nakreślono problem zaniżania i zawyżania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych przez zakłady ubezpieczeń.

Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe odgrywają istotną rolę w gospodarce finansowej każdego zakładu ubezpieczeń. Poza środkami własnymi, marginesem wypłacalności, czy też lokatami, stanowią one ważną pozycję finansową ubezpieczyciela. Według art. 224 i 277 ustawy z 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej są one przeznaczone na pokrycie bieżących i przyszłych zobowiązań zakładu ubezpieczeń, jakie mogą wyniknąć z zawartych umów ubezpieczenia, umów gwarancji ubezpieczeniowych lub umów reasekuracji. Oznacza to, że wyrażają zobowiązania zakładu ubezpieczeń wobec ubezpieczonych klientów i zajmują ważną pozycję w bilansie zakładu ubezpieczeń, a dokładnie, są istotną pozycją pasywów ubezpieczyciela. Dlatego też **jednym z podstawowych zadań każdego zakładu ubezpieczeń jest tworzenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych oraz ustalenie ich wysokości w taki sposób, aby wystarczyły one na pokrycie bieżących i przyszłych zobowiązań firmy ubezpieczeniowej**, powstałych w następnych okresach sprawozdawczych, za które składka ubezpieczeniowa została już przypisana w danym okresie sprawozdawczym.

Tworzenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych ma na celu przedstawienie rzeczywistej sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń, którą tutaj rozumie się jako stan odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń wobec zawartych umów ubezpieczenia. Ponadto [Wieteska, 2004]:

- Tworzenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych przyczynia się do zapewnienia realności ochrony ubezpieczeniowej, przez co rozumie się pewność lub gwarancję urzeczywistnienia kompensacyjnej funkcji ubezpieczeń, czyli prawa do otrzymywania odszkodowania lub świadczenia przez osobę uprawnioną.
- Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe są niezbędne zakładowi ubezpieczeń do zapewnienia ciągłości i płynności prowadzonych przez niego operacji finansowych.

[29] Większość zapisów ustawowych dotyczących rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dotyczy także zakładów reasekuracji, patrz: rozdziały 9 i 10 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U z 2015 r., poz. 1844).

- W systemie finansowym ubezpieczyciela rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe odgrywają istotną rolę, bowiem są także źródłem pokrycia wyższych od przyjętych w kalkulacji wydatków na odszkodowania.
- Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe brane są pod uwagę przy kalkulacji stopy składek. Posiadanie przez zakład ubezpieczeń wysokich rezerw techniczno-ubezpieczeniowych może skłonić ubezpieczyciela do podniesienia stopy składek lub obniżenia prowizji agentom ubezpieczeniowym.
- Stan rezerw techniczno-ubezpieczeniowych wykazuje siłę ekonomiczną ubezpieczyciela i jego konkurencyjność na rynku ubezpieczeniowym.
- Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe są gwarantem długookresowej wypłacalności zakładu ubezpieczeń z uwzględnieniem wszystkich elementów, jakie występują w działalności ubezpieczeniowej.
- Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe są podstawą do prawidłowego obliczenia wielkości wielu wskaźników w skali całego zakładu ubezpieczeń, a także w poszczególnych grupach ubezpieczeń.
- Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe stanowią podstawę do obliczenia zysku i podatku ubezpieczyciela.
- Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe decydują o wyniku technicznym zarówno w skali zakładu ubezpieczeń, jak i w poszczególnych grupach ubezpieczeń.

Można jednoznacznie stwierdzić, iż wielkość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych decyduje o bezpieczeństwie funkcjonowania zakładu ubezpieczeń. Ustawodawca wyróżnia dwa cele tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych – dla celów rachunkowości oraz dla celów wypłacalności.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami (art. 277 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej) rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe dla celów rachunkowości obejmują:

- rezerwę składek,
- rezerwę na ryzyko niewygasłe,
- rezerwę na niewypłacone odszkodowania lub świadczenia, w tym rezerwa na skapitalizowaną wartość rent,
- rezerwę na wyrównanie szkodowości (ryzyka),
- rezerwę ubezpieczeń na życie,
- rezerwę ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający,
- rezerwy na premie i rabaty dla ubezpieczonych,
- rezerwy na zwrot składek dla członków,
- inne rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe określone w statucie.

Wśród innych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych określonych w statucie w praktyce ubezpieczeniowej występują na przykład rezerwy na świadczenia emerytalne oraz inne obowiązkowe świadczenia pracowników czy rezerwa z tytułu odroczonego podatku dochodowego.

Nie wszystkie wymienione rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe są tworzone we wszystkich podmiotach prowadzących działalność ubezpieczeniową. Zależne jest to bowiem przede wszystkim od działu ubezpieczeń, w którym funkcjonuje dany zakład ubezpieczeń, lub od formy prawnej prowadzonej działalności ubezpieczeniowej, np. rezerwa ubezpieczeń na życie oraz rezerwa ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający, tworzone są wyłącznie w zakładach ubezpieczeń na życie, natomiast rezerwy na zwrot składek dla członków tworzone są w towarzystwach ubezpieczeń wzajemnych. Ponadto każdy zakład ubezpieczeń tworzy rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe dostosowane do własnych potrzeb i możliwości, uwzględniając specyfikę prowadzonych ubezpieczeń. Należy podkreślić, iż najważniejszymi rezerwami techniczno-ubezpieczeniowymi w zakładach ubezpieczeń na życie są obie rezerwy ubezpieczeń na życie, natomiast w zakładach ubezpieczeń majątkowych i pozostałych osobowych najistotniejszymi rezerwami są: rezerwa składek i rezerwa na ryzyko niewygasłe (ujmowane łącznie w pasywach zakładu ubezpieczeń) oraz rezerwy na niewypłacone odszkodowania i świadczenia.

Uwzględniając kryterium pochodzenia (źródła powstania), rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe dzielą się na trzy grupy, a mianowicie [Sangowski, 1997]:

- rezerwy **związane ze składką**, np. rezerwa składek, rezerwa na ryzyko niewygasłe, rezerwa na wyrównanie szkodowości, rezerwa ubezpieczeń na życie,
- rezerwy **związane z odszkodowaniem lub świadczeniem ubezpieczeniowym,** np. rezerwa na niewypłacone odszkodowania lub świadczenia,
- rezerwy **mieszane** i inne, np. rezerwy na premie i rabaty dla ubezpieczonych.

Rozróżnia się także rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe **brutto** oraz rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe **na udziale własnym**. Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe brutto dotyczą rezerw, gdzie nie występuje reasekuracja ubezpieczonego ryzyka, natomiast rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe na udziale własnym występują wówczas, gdy część ryzyka ubezpieczeniowego objęta jest reasekuracją.

Wysokość tworzonych przez zakład ubezpieczeń rezerw techniczno-ubezpieczeniowych z ubezpieczeń bezpośrednich jest ustalana zgodnie z postanowieniami odpowiednich umów ubezpieczenia na podstawie obliczeń i oszacowań zakładu ubezpieczeń. Zgodnie z § 33.1 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe z ubezpieczeń bezpośrednich tworzy się, stosując metody[30]:

1) **aktuarialną** – polegającą na ustalaniu rezerwy przy zastosowaniu matematyki ubezpieczeniowej, finansowej i statystyki, odrębnie dla każdej umowy ubez-

[30] Te same zasady dotyczą tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych z reasekuracji czynnej, chyba że posiadane przez zakład ubezpieczeń lub zakład reasekuracji informacje nie pozwalają na ustalenie wartości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych według tych metod – wówczas rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe tworzone są w wysokości udokumentowanej przez cedentów – § 33.2 oraz § 33.3 wspomnianego rozporządzenia.

pieczenia lub każdej szkody albo zbiorczo dla całego portfela ubezpieczeń lub jego części;

2) inne niż aktuarialna:
   a) **indywidualną** – polegającą na ustalaniu odrębnie dla każdej umowy ubezpieczenia lub każdej szkody dokładnej wielkości rezerwy, a w przypadku niemożności ustalenia dokładnej wielkości rezerwy zastosowanie jej wiarygodnego oszacowania;
   b) **ryczałtową** – polegającą na ustalaniu rezerwy zbiorczo dla całego portfela ubezpieczeń lub jego części jako ustalonego procentu (wskaźnik ryczałtowy) składki, wartości wypłaconych odszkodowań i świadczeń lub wartości rezerwy techniczno-ubezpieczeniowej; metoda ryczałtowa może być stosowana tylko wtedy, gdy nie jest możliwe stosowanie metody indywidualnej albo jeżeli uzyskane przy jej użyciu wyniki będą zbliżone do wyników uzyskanych przy użyciu metody indywidualnej; wskaźnik ryczałtowy powinien być ustalany z zachowaniem zasady ciągłości; nieuzasadnione zmiany wielkości wskaźnika są niedopuszczalne.

Rezerwę składek z ubezpieczeń bezpośrednich tworzy się indywidualnie dla każdej umowy ubezpieczenia jako składkę przypisaną, przypadającą na następne okresy sprawozdawcze, proporcjonalnie do okresu, na jaki składka została przypisana, przy czym w przypadku umów ubezpieczenia, których ryzyko nie jest rozłożone równomiernie w okresie trwania ubezpieczenia, rezerwę tworzy się proporcjonalnie do przewidywanego ryzyka w następnych okresach sprawozdawczych[31].

Rezerwę na ryzyko niewygasłe tworzy się jako uzupełnienie rezerwy składek. Rezerwę tę przeznacza się na pokrycie przyszłych szkód, świadczeń i kosztów wynikających z zawartych umów ubezpieczenia oraz na pokrycie przyszłych szkód, świadczeń i kosztów wynikających z zawartych umów reasekuracji czynnej. Ponadto w ubezpieczeniach majątkowych i pozostałych osobowych rezerwa na ryzyko niewygasłe stanowi różnicę między przewidywaną wartością przyszłych odszkodowań, świadczeń i kosztów zakładu ubezpieczeń z ubezpieczeń bezpośrednich a sumą wartości rezerwy składek oraz ewentualnych, przewidywanych zgodnie z już zawartymi umowami ubezpieczenia przyszłych składek. Należy podkreślić, iż w ubezpieczeniach na życie oraz reasekuracji ubezpieczeń działu I rezerwę tę ustala się metodami aktuarialnymi[32].

Rezerwę na niewypłacone odszkodowania i świadczenia (nazywaną także rezerwą szkód) z ubezpieczeń bezpośrednich tworzy się w wysokości odpowiadającej ustalonej lub przewidywanej ostatecznej wartości przyszłych wypłat odszkodowań i świadczeń związanych z zaistniałymi, do dnia, na który ustala się rezerwę, szkodami, powiększonej o koszty likwidacji szkód. W szczególności dotyczy to szkód, które:

[31] § 34 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 r.

[32] Szerzej § 35 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 r.

- zostały zgłoszone do zakładu ubezpieczeń do dnia, na który jest tworzona rezerwa, i dla których została ustalona wysokość odszkodowania i świadczenia bądź gdy posiadane informacje pozwalają na ocenę wysokości odszkodowań i świadczeń;
- zostały zgłoszone do zakładu ubezpieczeń do dnia, na który jest tworzona rezerwa, a posiadane informacje nie pozwalają na ocenę wysokości odszkodowań i świadczeń;
- zaistniały, lecz nie zostały zgłoszone do zakładu ubezpieczeń do dnia, na który jest tworzona rezerwa.

Rezerwa na niewypłacone odszkodowania i świadczenia odzwierciedla zobowiązania zakładu ubezpieczeń wobec ubezpieczających i ubezpieczonych dotyczące szkód, które wystąpiły w danym okresie sprawozdawczym, ale zakład ubezpieczeń nie wypłacił jeszcze odszkodowań i świadczeń wynikających z tych szkód.

W przypadku ubezpieczeń na życie wartość rezerwy na niewypłacone odszkodowania i świadczenia powinna być równa kwocie należnej ubezpieczonym lub uprawnionym, powiększonej o koszty związane z wypłatą świadczeń[33].

Rezerwa na skapitalizowaną wartość rent tworzona jest dla tych ubezpieczeń, w przypadku których świadczenie wypłacane jest okresowo w formie rent. Jest ona tworzona zarówno w dziale ubezpieczeń na życie, jak i w dziale ubezpieczeń majątkowych i pozostałych osobowych, przy czym w ubezpieczeniach na życie w grupach 1–4 tworzona jest jako część rezerwy ubezpieczeń na życie[34].

Rezerwa na wyrównanie szkodowości (ryzyka) tworzona jest przez zakłady ubezpieczeń prowadzące ubezpieczenia majątkowe i pozostałe osobowe, zakłady reasekuracji wykonujące działalność reasekuracyjną w dziale II oraz zakłady reasekuracji prowadzące działalność reasekuracyjną w dziale ubezpieczeń na życie oraz w dziale ubezpieczeń majątkowych i pozostałych osobowych. Rezerwę tę tworzy się w wartości mającej zapewnić wyrównanie przyszłych wahań współczynnika szkodowości na udziale własnym[35].

Rezerwa ubezpieczeń na życie (zwana także matematyczną rezerwą składki), która odgrywa podstawową rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa finansowego zakładom ubezpieczeń na życie, tworzona jest, z zachowaniem zasady ostrożności, w wysokości ustalonej prospektywną metodą aktuarialną, z uwzględnieniem:

- wszystkich zobowiązań wynikających z zawartych umów ubezpieczenia, obejmujących w szczególności:
  - gwarantowane w umowie ubezpieczenia świadczenia oraz gwarantowaną wartość wykupu,

[33] Dokładne zasady tworzenia tej rezerwy zostały opisane w § 36, § 37, § 38 oraz § 39 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 r.

[34] Szerzej § 36.6 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 r.

[35] Dokładne zasady tworzenia tej rezerwy zostały omówione w § 40 i § 41 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 r. Ponadto metody tworzenia rezerwy na wyrównanie szkodowości w ubezpieczeniach grupy 14 działu II zostały szczegółowo omówione z załącznika nr 7 cytowanego rozporządzenia Ministra Finansów.

– świadczenia opcjonalne, przysługujące zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia;

- kosztów obsługi umów i kosztów związanych z wypłatą odszkodowań i świadczeń.

Przy tworzeniu rezerwy ubezpieczeń na życie uwzględnia się przyszłe wpływy zakładu ubezpieczeń z tytułu składek należnych, zgodnie z zawartymi umowami ubezpieczenia. Aktualne uwarunkowania prawne dopuszczają tworzenie tej rezerwy metodą retrospektywną, ale pod warunkiem że daje ona wartość rezerwy nie niższą od wartości rezerwy ustalonej metodą prospektywną lub gdy dla danej umowy ubezpieczenia nie jest możliwe zastosowanie metody prospektywnej. Rezerwy ubezpieczeń na życie tworzy się indywidualnie dla każdej umowy ubezpieczenia. Rezerwy mogą być ustalone sumarycznie dla określonych grup umów ubezpieczenia, pod warunkiem że dają w przybliżeniu taki sam rezultat, jak metoda indywidualna[36].

Należy podkreślić, iż tworzenie rezerw matematycznych jest konsekwencją specyfiki ubezpieczeń na życie, przede wszystkim długiego horyzontu czasowego, na który zawierane są umowy ubezpieczenia, oraz rosnącego wraz z upływem czasu poziomu ryzyka śmierci.

Rezerwa ubezpieczeń na życie, jeżeli ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający, tworzona jest przez zakład ubezpieczeń na życie, który prowadzi działalność ubezpieczeniową w grupie 3 działu I (tj. Ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a także ubezpieczenia na życie, w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe). Tworzy się ją w wysokości wartości lokaty dokonanej zgodnie z postanowieniami zawartej umowy ubezpieczenia na życie.

Należy podkreślić, iż zakłady ubezpieczeń na życie mogą tworzyć jeszcze dodatkowe rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe w celu pokrycia ryzyka śmierci, kosztów operacyjnych oraz innych rodzajów ryzyka, tj. premie płatne w terminie zapadalności lub gwarantowane świadczenia stanowiące ekwiwalent za zrzeczenie się przez ubezpieczonego praw wynikających z umowy ubezpieczenia.

Rezerwy na premie i rabaty dla ubezpieczonych z ubezpieczeń bezpośrednich tworzy się z uwzględnieniem wszystkich przewidywanych kwot, o które będą powiększane przyszłe świadczenia lub pomniejszane przyszłe składki, zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia[37].

Rezerwa na zwrot składek dla członków towarzystwa jest tworzona przez zakłady ubezpieczeń prowadzące działalność w formie towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych oraz przez zakłady reasekuracji prowadzące działalność w formie

[36] Zasady tej nie stosuje się w przypadku rezerwy ubezpieczeń na życie, która jest tworzona w związku z wystąpieniem ryzyk niemających charakteru indywidualnego, lecz dotyczących całości lub części portfela umów ubezpieczenia na życie. Pozostałe zasady tworzenia tej rezerwy zostały opisane w § 42 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia12 kwietnia 2016 r.

[37] Szerzej § 45 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 r.

towarzystwa reasekuracji wzajemnej. Warto dodać, że w przypadku towarzystw ubezpieczeń wzajemnych rezerwę na zwrot składek dla członków towarzystwa tworzy się do wysokości osiągniętego dodatniego wyniku technicznego, jeżeli obowiązek zwrotu składek wynika z umowy ubezpieczenia.

Niektóre zakłady ubezpieczeń majątkowych i pozostałych osobowych tworzą także **rezerwę na ryzyko katastroficzne**. W ostatnich latach obserwuje się coraz więcej rodzajów ryzyka o charakterze katastroficznym, np. powodzie, trzęsienia ziemi, huragany. Rezerwę na szkody katastroficzne tworzy się na wypadek wystąpienia szkód, co do których żaden portfel ubezpieczeniowy nie jest odpowiednio duży, aby zrównoważyć ryzyko niesione przez nie w dającym się przewidzieć okresie. Rezerwa na szkody katastroficzne chroni zakład ubezpieczeń przed finansowymi skutkami katastrof, a także częściowo przed zagrożeniem niewypłacalności z powodu niewystarczającego poziomu innych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Szerzej [Wieteska, 2004, s. 118–122].

Warto podkreślić, iż rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe dla celów rachunkowości, ustalane są za pomocą metod matematyki ubezpieczeniowej, muszą być potwierdzone opinią aktuariusza (który nadzoruje funkcję aktuarialną[38]) o ich prawidłowości. Ponadto zakłady ubezpieczeń, jak również zakłady reasekuracji zobowiązane są do posiadania dokumentacji pozwalającej na odtworzenie odpowiednich obliczeń rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

Jak zostało powyżej wspomniane, zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r., zakłady ubezpieczeń tworzą rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe także dla celów wypłacalności[39]. Wartość tych rezerw musi być równa bieżącej kwocie, którą zakład ubezpieczeń lub zakład reasekuracji zapłaciłby przy natychmiastowym przeniesieniu zobowiązań z tytułu zawartych umów ubezpieczenia lub umów reasekuracji na inny zakład ubezpieczeń lub inny zakład reasekuracji. Ponadto wartość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności ustalana jest w sposób ostrożny, wiarygodny i obiektywny. Obliczenia muszą być dokonywane zgodnie z danymi dostępnymi na rynkach finansowych oraz ogólnodostępnymi danymi na temat ryzyka aktuarialnego. Zakłady ubezpieczeń ustalają wartość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności jako sumę najlepszego oszacowania i marginesu ryzyka (przy czym są one obliczane oddzielnie[40]). Przez najlepsze oszacowanie rozumie

[38] Zadania aktuariusza nadzorującego funkcję aktuarialną reguluje art. 67 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dn. 11.09.2015 r.

[39] Wszelkie zasady dotyczące ustalania wartości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności zostały omówione w rozdziale 9 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z 11.09.2015 r.

[40] Z zastrzeżeniem, że: jeżeli przyszłe przepływy pieniężne związane z zobowiązaniami z tytułu zawartych umów ubezpieczenia lub umów reasekuracji mogą być odwzorowane przy wykorzystaniu dostępnych instrumentów finansowych, których wartość rynkową można wiarygodnie określić, zakład ubezpieczeń i zakład reasekuracji mogą ustalić wartość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności łącznie na podstawie wartości rynkowej tych instrumentów finansowych.

się oczekiwaną wartość obecną przyszłych przepływów pieniężnych ważonych prawdopodobieństwem ich realizacji, obliczoną przy zastosowaniu odpowiedniej struktury terminowej stopy procentowej wolnej od ryzyka. Ponadto obliczenia najlepszego oszacowania dokonywane są na podstawie aktualnych i wiarygodnych informacji oraz realistycznych założeń. Natomiast prognozy przepływów pieniężnych stosowane w obliczeniu najlepszego oszacowania uwzględniają wpływy i wypływy pieniężne wymagane do rozliczenia zobowiązań z tytułu zawartych umów ubezpieczenia lub umów reasekuracji w okresie trwania tych zobowiązań[41].

Margines ryzyka natomiast to wysokość zapewniająca, by wartość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności odpowiadała kwocie, jakiej zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji zażądałyby za przejęcie zobowiązań ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych i wywiązanie się z nich. Należy zaznaczyć, iż przy ustalaniu wartości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji uwzględniają m.in.[42]:

- koszty, jakie zostaną poniesione w związku z obsługą zobowiązań ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych,
- oczekiwany wzrost kosztów i roszczeń ubezpieczeniowych,
- płatności na rzecz ubezpieczających, ubezpieczonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia oraz cedentów z umów reasekuracji, w tym przyszłe premie uznaniowe,
- wartość gwarancji finansowych i opcji umownych zawartych w umowach ubezpieczenia i reasekuracji.

Z uwagi na fundamentalna rolę, jaką pełnią rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe w gospodarce finansowej zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji organ nadzoru wydał *Wytyczne dotyczące procesu tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych*[43]. Zawarte w tym dokumencie zapisy stanowią ramy dla prawidłowej organizacji procesu tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych oraz identyfikacji, pomiaru, monitorowania, zarządzania i raportowania ryzyka związanego z tym procesem. Są zbiorem zalecanych działań w stosunku do wewnętrznych systemów kontroli, które pośrednio i bezpośrednio powinny zapewniać wdrażanie odpowiednich standardów w ramach procesu tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

Na potrzeby niniejszego podrozdziału warto przytoczyć zapisy Wytycznej 1 (tzw. Zasad ogólnych), która mówi, że: proces tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w zakładach ubezpieczeń i zakładach reasekuracji obejmujący:

- identyfikację wszystkich zobowiązań ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych,

[41] Szerzej art. 225 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11.09.2015r.

[42] Szerzej art. 231 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11.09.2015 r.

[43] Załącznik do uchwały Nr 300/2015 Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 7 lipca 2015 r. (poz. 43).

- identyfikację uwzględnianych w tworzonych rezerwach techniczno-ubezpieczeniowych kosztów innych niż odszkodowania i świadczenia,
- przygotowanie danych do określenia metod wyceny i obliczenia wartości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych,
- określenie metod służących do wyceny zobowiązań ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych oraz kosztów innych niż odszkodowania i świadczenia, uwzględnianych w tworzonych rezerwach techniczno-ubezpieczeniowych,
- wykonanie obliczeń i sprawdzenie ich poprawności,
- ujęcie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w księgach rachunkowych i prezentację w sprawozdaniu finansowym,
- badanie adekwatności/wystarczalności rezerw techniczno-ubezpieczeniowych,
- utrzymywanie i aktualizację dokumentacji dotyczącej wyceny rezerw techniczno-ubezpieczeniowych powinno być przeprowadzane z najwyższą starannością, z wykorzystaniem wszystkich dostępnych danych mających wpływ na wysokość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, przy zastosowaniu właściwych metod aktuarialnych i statystycznych.

Pozostałe wytyczne dotyczą: obowiązków Zarządu i Rady Nadzorczej, wykonywania zadań przez funkcję aktuarialną, wyceny rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, narzędzi i systemów informatycznych, zarządzania ryzykiem, systemu kontroli wewnętrznej oraz sprawozdawczości.

Zakłady ubezpieczeń mają możliwość zarządzania rezerwami techniczno-ubezpieczeniowymi. Można tutaj wykazać dwa konkurencyjne względem siebie cele:

- cel o charakterze długookresowym – zapewnienie wywiązania się zakładu ubezpieczeń z bieżących i przyszłych zobowiązań z tytułu zawartych umów ubezpieczenia,
- cel o charakterze krótkookresowym – kształtowanie korzystnego wyniku finansowego w danym okresie sprawozdawczym.

W praktyce ubezpieczeniowej, w zależności od sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń oraz realizowanej przez niego strategii działania, mogą wystąpić tendencje do zaniżania lub zawyżania poziomu rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

Zaniżanie poziomu rezerw techniczno-ubezpieczeniowych prowadzi do poprawy wyniku finansowego zakładu ubezpieczeń i jednocześnie powoduje spadek bezpieczeństwa finansowego prowadzonej działalności ubezpieczeniowej. Polityka minimalizacji rezerw zmniejsza zdolność ubezpieczyciela do wywiązywania się z bieżących i przyszłych zobowiązań wynikających z zawartych umów ubezpieczenia i może doprowadzić w przyszłości do sytuacji, w której zakład ubezpieczeń nie będzie w stanie wypłacić należnych odszkodowań i świadczeń. Ponadto działania takie mogą niekorzystnie wpływać na wizerunek zakładu ubezpieczeń na rynku. Zaznaczyć należy, iż zaniżanie poziomu rezerw techniczno-ubezpieczeniowych

jest szczególnie niebezpieczne w przypadku długoterminowych ubezpieczeń na życie, w których składki wpłacane są na ogół przez wiele lat, a świadczenia z tytułu tych ubezpieczeń są stosunkowo wysokie.

Polityka zawyżania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych powoduje obniżenie wysokości wyniku finansowego zakładu ubezpieczeń oraz obciążeń podatkowych z nim związanych. Celem zawyżania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych może być zatem chęć przesunięcia części nieopodatkowanego dochodu na kolejne okresy sprawozdawcze.

Należy jednak podkreślić, iż każdy zakład ubezpieczeń powinien na miarę własnych potrzeb i możliwości zarządzać wielkością i strukturą rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, mając przy tym na uwadze przede wszystkim bezpieczeństwo prowadzonej działalności, a co za tym idzie, dobro swoich klientów. Ogólnie przyjmuje się, że lepszym rozwiązaniem jest dysponowanie większymi i adekwatnymi do potrzeb rezerwami techniczno-ubezpieczeniowymi – pomimo możliwości osiągnięcia ujemnego wyniku finansowego – niż zwiększanie zysku kosztem zaniżania poziomu rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

Pamiętać należy, że zarządzanie rezerwami techniczno-ubezpieczeniowymi pozostaje w ścisłym związku z innymi obszarami gospodarki finansowej zakładu ubezpieczeń, a w szczególności wpływa na prowadzoną działalność inwestycyjną oraz działalność reasekuracyjną, które będą omówione w kolejnych podrozdziałach.

Słowa kluczowe

- Metody tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych
- Polityka zaniżania/zawyżania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych
- Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe dla celów rachunkowości
- Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe dla celów wypłacalności
- Wartość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych

Pytania kontrolne

1. Które z rezerw techniczno-ubezpieczeniowych są tworzone tylko w zakładach ubezpieczeń na życie?
2. Jakie są metody tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych?
3. Jakie są skutki zaniżania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych?
4. Jaki podstawowy cel powinny osiągnąć rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe tworzone przez zakład ubezpieczeń?
5. Wymień najistotniejsze rodzaje rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

3.3.4. Działalność inwestycyjna

P. Kowalczyk-Rólczyńska

W podrozdziale tym została omówiona działalność inwestycyjna (lokacyjna) zakładów ubezpieczeń[44]. Szczególną uwagę zwrócono na uwarunkowania prawne, które w znacznym stopniu wpływają na decyzje inwestycyjne zakładów ubezpieczeń. Ponadto omówiono czynniki wpływające na strategie inwestycyjne zakładów ubezpieczeń oraz scharakteryzowano rodzaje ryzyka inwestycyjnego, które towarzyszą działalności lokalizacyjnej zakładów ubezpieczeń.

Zasady prowadzenia działalności inwestycyjnej zakładów ubezpieczeń regulowane są przez ustawę z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Artykuł 276 ust. 2 tej ustawy podkreśla, że zakłady ubezpieczeń „lokują środki finansowe wyłącznie w aktywa i instrumenty finansowe, których ryzyko mogą właściwie określić, mierzyć, monitorować, którym mogą właściwie zarządzać, które mogą właściwie kontrolować i prowadzić sprawozdawczość w zakresie ryzyka i które mogą właściwie uwzględnić przy ocenie ogólnych potrzeb w zakresie wypłacalności (…)".

Ponadto zakłady ubezpieczeń lokują środki finansowe, a w szczególności aktywa stanowiące pokrycie kapitałowego wymogu wypłacalności i aktywa stanowiące pokrycie minimalnego wymogu kapitałowego, w taki sposób, aby osiągnąć jak największy stopień bezpieczeństwa, jakości i rentowności, przy jednoczesnym zachowaniu płynności środków. Oznacza to, że działalność inwestycyjną zakładu ubezpieczeń charakteryzują takie czynniki, jak: **bezpieczeństwo** (przyjęcie takiego poziomu ryzyka inwestycyjnego, którego ewentualna realizacja nie zachwieje płynnością zakładu ubezpieczeń); **jakość i rentowność** (uzyskanie pożądanej przez zakład ubezpieczeń stopy zwrotu z inwestycji); **płynność** (zapewnienie pokrycia zobowiązań zakładu ubezpieczeń przez dobór odpowiednio płynnych aktywów, wchodzących w skład portfela inwestycyjnego). Zakłady ubezpieczeń powinny dążyć do maksymalizacji tych charakterystyk przez wybór określonej strategii inwestycyjnej oraz stosowną budowę portfela inwestycyjnego.

Ustawodawca zobowiązuje każdy zakład ubezpieczeń do lokowania aktywów zgodnie z określonymi zasadami (art. 276 ust.4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Zasada pierwsza mówi, że aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności muszą uwzględniać rodzaj działalności wykonywanej przez zakład ubezpieczeń, w szczególności charakter i czas trwania zobowiązań z tytułu zawartych umów ubezpieczenia lub umów reasekuracji. Oznacza to, że polityka lokacyjna zakładu ubezpieczeń na życie będzie się różniła

[44] Większość zapisów dotycząca działalności inwestycyjnej zakładów ubezpieczeń dotyczy także zakładów reasekuracji, patrz: rozdział 9 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z 11.09.2015 r.

od polityki lokacyjnej prowadzonej przez zakład ubezpieczeń działu II ze względu na horyzont inwestycyjny oraz rodzaj aktywów. Zakłady ubezpieczeń działu I oferują produkty długoterminowe, z tytułu których składki ubezpieczeniowe mogą być opłacane jednorazowo lub okresowo (miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie). Dlatego też rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe tworzone w celu pokrycia zobowiązań z zawartych długoterminowych umów ubezpieczenia powinny być lokowane w aktywach o stosownie długim terminie zapadalności. Nieco inna będzie polityka lokacyjna prowadzona przez zakłady ubezpieczeń majątkowych i pozostałych osobowych w kwestii horyzontu inwestycyjnego. Zakłady ubezpieczeń działu II, które oferują ubezpieczenia krótkoterminowe, przy konstrukcji portfela inwestycyjnego muszą wziąć pod uwagę termin zapadalności umów ubezpieczenia i lokować aktywa w instrumenty krótkoterminowe[45] i/lub długoterminowe, ale na odpowiednim poziomie płynności. Zasada ta pozwoli na upłynnienie aktywów w każdym momencie prowadzonej działalności i wypłacenie stosownego odszkodowania i/lub świadczenia. Z płynnością aktywów związany jest właśnie rodzaj oferowanych produktów ubezpieczeniowych. Zakłady ubezpieczeń na życie oferujące produkty oszczędnościowo-inwestycyjne[46], w przypadku których głównym celem jest zabezpieczenie finansowych potrzeb ubezpieczonego w przyszłości (najczęściej po dożyciu przez niego określonego wieku), mogą pozwolić sobie na włączenie do portfela inwestycyjnego aktywów charakteryzujących się niskim poziomem płynności, np. nieruchomości. Warto zaznaczyć, iż inwestowanie w nieruchomości może wygenerować wyższe stopy zwrotu niż inwestowanie w aktywa finansowe, które charakteryzują się wyższym poziomem płynności, np. obligacje Skarbu Państwa[47]. Jednakże należy pamiętać, iż zakłady ubezpieczeń działu I oferują także produkty obejmujące ochronę przed ryzykiem śmierci ubezpieczonego, poważnego zachorowania oraz niezdolności do wykonywania pracy. Sumy ubezpieczenia w tych produktach są z reguły wysokie, roszczenie ubezpieczonego lub uposażonego pojawia się nagle, a świadczenie wypłacane przez zakład ubezpieczeń (jeśli nie jest rentą) musi zostać wypłacone w określonym terminie (zgodnie z postanowieniami OWU). Dlatego też część portfeli inwestycyjnych zakładów ubezpieczeń na życie powinna być zbudowana z bezpiecznych (wolnych od ryzyka) i płynnych aktywów.

[45] Wg § 21.1 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji „Zakład ubezpieczeń oraz zakład reasekuracji do lokat krótkoterminowych zalicza lokaty, które ze względu na stopień płynności są możliwe do realizacji w okresie krótszym niż rok oraz które zakład ubezpieczeń albo zakład reasekuracji zamierza w tym okresie zrealizować". Pozostałe lokaty należą do grupy lokat długoterminowych (§ 21.2)

[46] Nie dotyczy to ubezpieczeń na życie z funduszem kapitałowym, bowiem w przypadku tej grupy produktów ryzyko inwestycyjne ponosi ubezpieczający, który sam tworzy portfel inwestycyjny, którego skład zależy od skłonności lub awersji ubezpieczającego do ryzyka inwestycyjnego

[47] Szerzej: [Henzel (red), 2004].

Druga zasada związana z działalnością lokacyjną zakładów ubezpieczeń, mówi, że aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności muszą być lokowane w sposób zgodny z interesami ubezpieczających, ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia, z uwzględnieniem ujawnionych celów prowadzonej polityki lokacyjnej. W przypadku wystąpienia konfliktu interesów zakład ubezpieczeń lub podmiot zarządzający portfelem aktywów ma obowiązek zapewnienia dokonania lokaty w najlepszym interesie ubezpieczających, ubezpieczonych i uprawnionych z umów ubezpieczenia.

Trzecia zasada działalności lokacyjnej nakazuje dokonanie przez zakład ubezpieczeń zróżnicowania i odpowiedniego rozproszenia aktywów, tak aby umożliwiały one właściwe reagowanie przez zakład ubezpieczeń na zmiany w otoczeniu gospodarczym, w szczególności na rozwój sytuacji na rynkach finansowych i rynkach nieruchomości lub wystąpienie zdarzeń katastroficznych. Oznacza to, że zakład ubezpieczeń powinien gromadzić w portfelu inwestycyjnym aktywa o różnym stopniu ryzyka, które jednocześnie pozwolą na zminimalizowanie ryzyka całego portfela. Ponadto zarządzający portfelem danego zakładu ubezpieczeń powinni na bieżąco analizować sytuację na rynkach finansowych i na rynku nieruchomości oraz podejmować stosowne działania w sytuacji zagrożenia zrealizowania się ryzyka inwestycyjnego przez np. wykorzystanie odpowiednich instrumentów pochodnych w celu redukcji ryzyka inwestycyjnego. Ustawodawca (w ramach kolejnej zasady) zezwala na lokowanie aktywów w instrumenty pochodne, ale tylko pod warunkiem wykorzystania ich do zmniejszania ryzyka lub w celu ułatwienia efektywnego zarządzania portfelem.

Kolejna zasada działalności lokacyjnej dopuszcza lokowanie środków przez zakład ubezpieczeń w aktywa, które nie są dopuszczone do obrotu na rynku regulowanym[48], pod warunkiem że aktywa te utrzymywane są na ostrożnym poziomie. W myśl tej zasady, każdy zakład ubezpieczeń zainteresowany taką formą inwestycji powinien ustalić własny, bezpieczny udział tego rodzaju aktywów portfelu inwestycyjnym, który nie będzie zagrażał jego rentowności.

Ostatnia wskazana w ustawie zasada odnosi się do różnicowania aktywów w portfelu inwestycyjnym zakładu ubezpieczeń. Prowadząc politykę lokacyjną, zakład ubezpieczeń powinien unikać nadmiernego uzależnienia od jednego, określonego składnika aktywów, emitenta lub grupy emitentów powiązanych ze sobą lub określonego obszaru geograficznego oraz nadmiernej akumulacji ryzyka w całym portfelu. Ponadto w przypadku lokowania środków w aktywach wyemitowanych przez tego samego emitenta lub grupę emitentów powiązanych ze sobą, zakład

[48] Rynek regulowany to zorganizowane miejsce obrotu wtórnego instrumentami finansowymi działający w sposób stały, zorganizowany na zasadach ściśle określonych w przepisach prawa, zapewniający powszechny i równy dostęp do informacji rynkowej przy kojarzeniu ofert nabycia i zbycia instrumentów finansowych oraz jednakowe warunki nabywania i zbywania tych instrumentów. Rynek ten podlega ścisłemu nadzorowi ze strony administracyjnego organu nadzoru (KNF) – szerzej: [Thiel, 2010, s. 18].

ubezpieczeń nie może być narażony na nadmierną koncentrację ryzyka. Oznacza to prowadzenie takiej polityki lokacyjnej, która pozwoli na lokowanie środków w instrumenty emitowane przez różne podmioty (niekoniecznie ze sobą powiązane) prowadzące działalność na różnych obszarach geograficznych.

Wymienione zasady mają na celu jak najlepsze zarządzanie działalnością lokacyjną każdego zakładu ubezpieczeń. Pewne odstępstwa od tych zasad dotyczą umów ubezpieczenia na życie, w których ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający, w tym umów ubezpieczenia na życie, w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane z wykorzystaniem określonych indeksów (zob. art. 276, ust. 7 i 8). Ponadto w przypadku zakładu ubezpieczeń wykonującego działalność w grupie 3 działu I zachodzi konieczność zatrudnienia doradcy inwestycyjnego do zarządzania ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi lub zawarcia umowy z podmiotem uprawnionym, na podstawie odrębnych przepisów, do zarządzania aktywami na zlecenie.

Zakłady ubezpieczeń prowadząc działalność lokacyjną zarządzają portfelami inwestycyjnymi, wśród których wyróżnia się następujące portfele inwestycyjne [szerzej: Gąsiorkiewicz, 2009]:

- aktywów finansowych utrzymywanych do terminu wymagalności,
- aktywów finansowych dostępnych do sprzedaży.

Według takiego podziału są także ustalane wartości tych aktywów. W przypadku aktywów finansowych przeznaczonych do obrotu oraz aktywów finansowych dostępnych do sprzedaży wycena dokonywana jest według wartości godziwej w sposób wiarygodny. Jeżeli natomiast wartości godziwej nie można ustalić wiarygodnie dla tych aktywów, wówczas w przypadku aktywów finansowych, dla których ustalony jest termin wymagalności, wyceny dokonuje się według skorygowanej ceny nabycia, z uwzględnieniem odpisów z tytułu trwałej utraty wartości, a w pozostałych przypadkach – według ceny nabycia, z uwzględnieniem odpisów z tytułu trwałej utraty wartości. Natomiast aktywa finansowe utrzymywane do terminu wymagalności wyceniane są według skorygowanej ceny nabycia, z uwzględnieniem odpisów z tytułu trwałej utraty wartości[49].

Podkreślić należy, iż każdy zakład ubezpieczeń, zarządzając odpowiednio portfelami aktywów finansowych przeznaczonych do obrotu, utrzymywanych do terminu wymagalności, dostępnych do sprzedaży, oraz pożyczek udzielonych i należności własnych, powinien uwzględniać w szczególności dotychczasowe i prognozowane wpływy i wydatki z tytułu prowadzonej działalności operacyjnej oraz działalności inwestycyjnej, terminy wymagalności zobowiązań wynikających z zawartych umów ubezpieczenia i umów reasekuracji czynnej[50], opierając się na

[49] Pozostałe szczegółowe zasady ustalania wartości aktywów zakładów ubezpieczeń zostyały omówione w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji.

[50] Reasekuracja czynna to przyjmowanie ryzyka ubezpieczeniowego przez zakład ubezpieczeń od innego zakładu ubezpieczeń. Szerzej o reasekuracji w kolejnym podrozdziale.

przyjętej przez zakład ubezpieczeń strategii inwestycyjnej. Natomiast zakład ubezpieczeń prowadzący działalność w grupie 3 ubezpieczeń na życie – opierając się na zasadach określonych w regulaminie lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

Przyjęcie odpowiedniej strategii inwestycyjnej przez zakład ubezpieczeń zależne jest od wielu czynników. Wyróżnić tutaj można m.in.:

- Wskazane powyżej uregulowania prawne oraz zasady prowadzenia działalności lokacyjnej.
- Sytuację ekonomiczną na rynku zarówno krajowym, jak i międzynarodowym – istotne znaczenie mają tutaj czynniki makroekonomiczne, które wpływają na działalność inwestycyjną zakładów ubezpieczeń, tj. wzrost gospodarczy, inflacja, stopień rozwoju rynku kapitałowego i pieniężnego, poziom stóp procentowych, polityka kursowa, dług publiczny, świadomość ubezpieczeniowa oraz stabilność gospodarki narodowej.
- Zakres prowadzonej działalności ubezpieczeniowej – w przypadku zakładu ubezpieczeń działu I horyzont inwestycyjny jest długi z uwagi na zawierane długoterminowe umowy ubezpieczenia, zatem dominującymi aktywami, stanowiącymi pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, powinny być instrumenty długoterminowe. Natomiast w przypadku zakładu ubezpieczeń działu II, który zawiera najczęściej krótkoterminowe umowy ubezpieczenia (często na okres jednego roku), horyzont inwestycyjny jest krótki i wówczas w portfelu inwestycyjnym dominować powinny aktywa krótkoterminowe. Ponadto aktywa zakładu ubezpieczeń na życie nie muszą charakteryzować się wysoką płynnością, w przeciwieństwie do aktywów zakładu ubezpieczeń majątkowych i pozostałych osobowych, w przypadku których rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe tworzone są na okresy zdecydowanie krótsze niż w przypadku zakładu ubezpieczeń na życie[51].
- Formę organizacyjnoprawną zakładu ubezpieczeń – spółkę akcyjną (w przypadku której podstawowym celem jest maksymalizacja wartości rynkowej spółki, a także maksymalizacja zysku dla akcjonariuszy) lub towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych (które dąży przede wszystkim do minimalizacji kosztów asekuracji swoich członków).
- Wypłacalność zakładu ubezpieczeń – w sytuacji gdy wypłacalność jest choć trochę zagrożona, polityka inwestycyjna powinna być prowadzona w sposób bardzo ostrożny i bezpieczny, natomiast w przypadku zakładu ubezpieczeń, który jest stabilny finansowo i nawet zajście dużej szkody lub dużej liczby małych szkód nie spowoduje zachwiania jego równowagi finansowej, może on sobie pozwolić na utworzenie portfela zdecydowanie bardziej agresywnego (wyższe ryzyko powinno przynieść wyższą stopę zwrotu).

[51] Kwestia horyzontu inwestycyjnego, jak również innych determinant wpływających na politykę inwestycyjną zakładu ubezpieczeń, została szczegółowo omówiona w artykule: [Kocovic, Antic, Janovic, 2011].

- Perspektywy rozwoju zakładu ubezpieczeń – możliwość rozwoju zakładu ubezpieczeń (wzrost udziału zakładu ubezpieczeń w rynku i/lub grupach produktów ubezpieczeniowych, wzrost liczby klientów, możliwość wprowadzania nowych produktów ubezpieczeniowych, rosnący przypis składki ubezpieczeniowej) pozwalać będzie na tworzenie portfela inwestycyjnego składającego się z różnorodnych aktywów o różnym poziomie ryzyka inwestycyjnego. Szerzej [Sangowski (red.), 2000].
- Kwalifikacje i doświadczenie osób zarządzających – istotne jest, aby osoby zarządzające portfelem inwestycyjnym umiejętnie dysponowały środkami przeznaczonymi właśnie na inwestycje, dobierały różnorodne lokaty (dywersyfikowały portfel), poprawnie szacowały ryzyko nie tylko pojedynczych instrumentów, ale również całego portfela, a także pamiętały o terminach zapadalności zobowiązań zakładu ubezpieczeń. Osoby zarządzające portfelem inwestycyjnym zakładu ubezpieczeń powinny także kontrolować wartości wskaźników dotyczących działalności lokacyjnej[52], aby nie odbiegały one od przewidzianych norm.

Zarządzający portfelem inwestycyjnym zakładów ubezpieczeń, wybierając strategię inwestowania, muszą uwzględnić przyszłe zobowiązania wynikające z zawartych umów ubezpieczenia. Zobowiązania te można podzielić ze względu na stopień pewności co do kwoty i terminu spłaty, przyjmując założenie, że dane zobowiązanie nie zostanie wypełnione przed rzeczywistą lub prognozowaną datą płatności. Zobowiązania zakładu ubezpieczeń można podzielić następująco:

- zobowiązania o znanym terminie płatności i znanej kwocie płatności (np. w przypadku niektórych form ubezpieczenia posagowego oferowanego przez zakłady ubezpieczeń na życie),
- zobowiązania o znanej kwocie płatności i niepewnym terminie płatności (np. w przypadku ubezpieczenia na życie, gdzie w zamian za opłacane składki zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do wypłaty ustalonej kwoty w przypadku śmierci ubezpieczonego),
- zobowiązania o znanym terminie płatności i niepewnej kwocie płatności (np. w przypadku ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym),
- zobowiązania o nieznanym terminie płatności i nieznanej kwocie płatności (np. w przypadku ubezpieczeń nieruchomości, ubezpieczeń pojazdów mechanicznych).

Z działalnością inwestycyjną prowadzoną przez zakłady ubezpieczeń związane jest ryzyko, zwane **ryzykiem inwestycyjnym**, które polega przede wszystkim na niezrealizowaniu oczekiwanej stopy zwrotu z inwestycji. Wśród wielu rodzajów ryzyka inwestycyjnego wyróżnia się kilka najważniejszych, które bezpośrednio

[52] Do wskaźników działalności lokacyjnej zalicza się: wskaźniki poziomu lokat, wskaźniki poziomu bezpieczeństwa lokat, wskaźniki płynności lokat oraz wskaźniki rentowności działalności lokacyjnej [szerzej: Gąsiorkiewicz, 2009].

wpływają na ryzyko zakładu ubezpieczeń[53]. Jednym z najważniejszych jest **ryzyko rynkowe**, które wynika z poziomu lub zmienności rynkowych cen instrumentów finansowych, mających wpływ na wartość aktywów zakładu ubezpieczeń. Odzwierciedla ono także strukturalne niedopasowanie aktywów i zobowiązań, w szczególności w odniesieniu do czasu ich trwania. Artykuł 105 ust. 5 Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wypłacalność II) rozróżnia następujące rodzaje ryzyka rynkowego:

- ryzyko stopy procentowej – wrażliwość wartości aktywów, zobowiązań i instrumentów finansowych na zmiany w strukturze czasowej stóp procentowych lub wahania zmienności stóp procentowych,
- ryzyko cen akcji – wrażliwość wartości aktywów, zobowiązań i instrumentów finansowych na zmiany w poziomie lub wahania zmienności rynkowych cen akcji,
- ryzyko cen nieruchomości – wrażliwość wartości aktywów, zobowiązań i instrumentów finansowych na zmiany w poziomie lub wahania zmienności rynkowych cen nieruchomości,
- ryzyko spreadu kredytowego – wrażliwość wartości aktywów, zobowiązań i instrumentów finansowych na zmiany w poziomie spreadów kredytowych w odniesieniu do struktury czasowej stóp procentowych papierów wartościowych pozbawionych ryzyka lub wahania ich zmienności,
- ryzyko walutowe – wrażliwość wartości aktywów, zobowiązań i instrumentów finansowych na zmiany w poziomie lub wahania zmienności kursów wymiany walut,
- ryzyko koncentracji aktywów – wynika z braku dywersyfikacji portfela aktywów lub z dużej ekspozycji na ryzyko niewykonania zobowiązania przez pojedynczego emitenta papierów wartościowych lub grupę powiązanych emitentów.

Drugim bardzo istotnym ryzykiem inwestycyjnym jest **ryzyko kredytowe**, które spowodowane jest niedotrzymaniem warunków kontraktów finansowych przez jedną ze stron i związane jest z niektórymi aktywami zakładu ubezpieczeń, m.in. obligacjami, akcjami, pożyczkami hipotecznymi – szerzej [Ronka-Chmielowiec (red.), 2004]. Ryzyko kredytowe można podzielić na – szerzej [IAIS, 2004]:

- ryzyko niedotrzymania zobowiązań – ryzyko, że zakład ubezpieczeń, z tytułu posiadania określonych instrumentów finansowych, nie otrzyma lub otrzyma z opóźnieniem lub tylko częściowo należne jemu przepływy pieniężne lub aktywa,
- pośrednie ryzyko kredytowe – ryzyko niewywiązania się drugiej strony kontraktu ze względu na pogorszenie się sytuacji ekonomicznej,

[53] Szczegółowy opis różnych rodzajów ryzyka inwestycyjnego, które towarzyszą polityce lokacyjnej zakładów ubezpieczeń, wraz z pomiarem tych rodzajów ryzyka i metodami zarządzania nimi, został przedstawiony w: [Ronka-Chmielowiec, 2004].

- ryzyko koncentracji – ryzyko zwiększenia ekspozycji na straty z tytułu koncentracji działalności inwestycyjnej w danym obszarze geograficznym, sektorowym, jednym emitencie lub emitentach powiązanych,
- ryzyko obniżenia kondycji finansowej – ryzyko, że zmiana prawdopodobieństwa przyszłej niewypłacalności emitentów będzie miała negatywny wpływ na obecną wartość kontraktów zawartych przez zakład ubezpieczeń.

Trzecim ważnym ryzykiem występującym w prowadzonej przez zakład ubezpieczeń działalności inwestycyjnej jest **ryzyko płynności**, które polega na tym, że zakład ubezpieczeń nie posiada w swoim portfelu inwestycyjnym wystarczająco płynnych aktywów, które pozwolą na spłatę zobowiązań (tj. wypłatę odszkodowań i/lub świadczeń z zawartych umów ubezpieczenia), gdy staną się one wymagalne – szerzej [IAIS, 2004]. Ryzyko płynności dzieli się na:

- ryzyko likwidacji lokat – ryzyko polegające na tym, że nieoczekiwane zapotrzebowanie zakładu ubezpieczeń na środki pieniężne (przeznaczone na wypłatę odszkodowań i/lub świadczeń) wymagać będzie zbycia aktywów w okresie niekorzystnej sytuacji na rynku finansowym,
- ryzyko spółek powiązanych – ryzyko ograniczonej płynności inwestycji w spółki powiązane oraz wynikająca z tego konieczność dokapitalizowania tych spółek, co spowoduje uszczuplenie zasobów finansowych zakładu ubezpieczeń,
- ryzyko rynku finansowego – ryzyko, że zakład ubezpieczeń nie będzie w stanie pozyskać zewnętrznych źródeł finansowania na rynku finansowym, gdy będzie ich potrzebował, np. w sytuacji pojawienia się nieprzewidzianych dużych roszczeń.

Poza wymienionymi rodzajami ryzyka są jeszcze inne, które zaliczane są do różnych rodzajów ryzyka związanych z działalnością inwestycyjną prowadzoną przez zakład ubezpieczeń. Wyróżnić należy m.in.:

- ryzyko niedopasowania struktury aktywów – ryzyko polegające na niedopasowaniu terminów zapadalności instrumentów finansowych w portfelu inwestycyjnym zakładu ubezpieczeń oraz ich rentowności do terminów i wysokości zobowiązań zakładu ubezpieczeń,
- ryzyko prawne – ryzyko spowodowane zmianami regulacji prawnych, np. wprowadzeniem istotnych ograniczeń udziału poszczególnych aktywów w portfelach inwestycyjnych zakładów ubezpieczeń,
- ryzyko biznesowe – ryzyko związane z prowadzoną przez zakład ubezpieczeń działalnością gospodarczą i powstające w wyniku określonych decyzji inwestycyjnych dążących do realizacji określonej strategii rozwoju firmy ubezpieczeniowej,
- ryzyko inflacyjne – ryzyko wiążące się z możliwością szybszego wzrostu średniego poziomu cen niż wzrost wartości aktywów w portfelu inwestycyjnym, dlatego też zakłady ubezpieczeń powinny zabezpieczać się przed tym ryzykiem przez odpowiednią konstrukcję portfela inwestycyjnego, z którego przewidywany zysk jest wyższy niż przewidywana stopa inflacji.

Do zarządzania portfelami inwestycyjnymi w zakładach ubezpieczeń z reguły wykorzystywane są: nowoczesna teoria portfela (*Modern Portfolio Theory*, MPT) oraz zarządzanie aktywami i pasywami (*Asset-Liability Management*, ALM) [Swiss Re, 2010]. Ideą MPT jest utworzenie tzw. portfela efektywnego, który albo dla danej oczekiwanej stopy zwrotu minimalizuje ryzyko, albo dla danego ryzyka maksymalizuje oczekiwaną stopę zwrotu [szerzej: Jajuga, Jajuga, 2007]. Natomiast ALM polega na skoordynowaniu wszelkich decyzji po stronie zobowiązań zakładu ubezpieczeń z działaniami w zakresie aktywów i odwrotnie. Oznacza to, iż zapadalność lokat stanowiących pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych powinna być zgodna z przewidywanymi terminami wypłaty świadczeń i/lub odszkodowań[54]. Brak takiego dopasowania może spowodować utratę płynności zakładu ubezpieczeń lub konieczność odsprzedaży pewnej części lokat, a co za tym idzie zmniejszeniu ich rentowności (w szczególności gdy zobowiązania krótkoterminowe pokryte zostaną instrumentami długoterminowymi) [szerzej: Monkiewicz (red.) 2003].

Słowa kluczowe

- Aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych
- Polityka inwestycyjna
- Portfel inwestycyjny
- Ryzyko inwestycyjne

Pytania kontrolne

1. Jakie są trzy najważniejsze charakterystyki, które opisują działalność inwestycyjną zakładu ubezpieczeń?
2. Wymień zasady lokowania aktywów przez zakłady ubezpieczeń.
3. Który z czynników dotyczących strategii inwestycyjnej zakładów ubezpieczeń należy uznać za najważniejszy? Uzasadnij odpowiedź.
4. Na czym polega ryzyko koncentracji aktywów?
5. Jakie są rodzaje ryzyka płynności w działalności inwestycyjnej zakładów ubezpieczeń?

3.4. Reasekuracja

W. Ronka-Chmielowiec

W podrozdziale określono istotę i cel funkcjonowania reasekuracji oraz omówiono zadania reasekuracji. Przedstawiono rodzaje reasekuracji. Następnie scharakteryzowano rodzaje umów reasekuracji klasycznej. W dalszej części omówiono istotę funkcjonowania reasekuracji finansowej i scharakteryzowano rodzaje umów re-

[54] Jest to w zasadzie tożsame z pierwszą zasadą lokowania aktywów przez zakłady ubezpieczeń.

asekuracji finansowej. Na zakończenie przybliżono zasady funkcjonowania zintegrowanego zarządzania ryzykiem.

3.4.1. Istota i funkcje reasekuracji

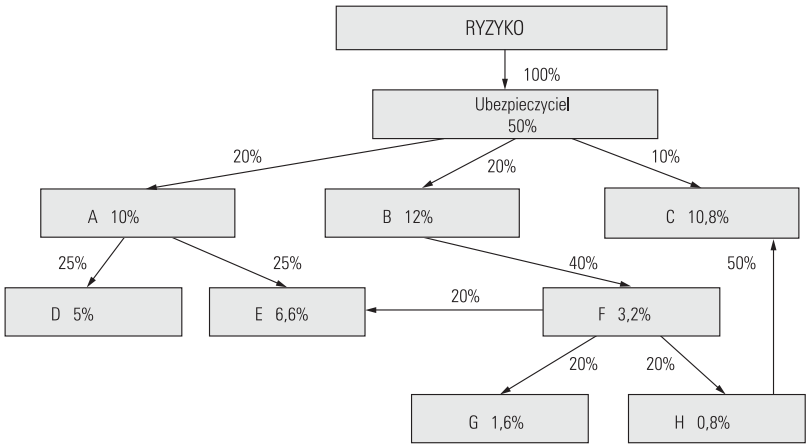
Charakterystyka reasekuracji jako wtórnego transferu ryzyka ubezpieczeniowego

Z działalnością ubezpieczeniową jest bardzo silnie związana reasekuracja. Tutaj trzeba sobie uświadomić, że ubezpieczenie (o czym wcześniej pisaliśmy) jest pierwotnym transferem ryzyka od ubezpieczonego lub ubezpieczającego do zakładu ubezpieczeń. Natomiast wtórny i dalszy transfer ryzyka ubezpieczeniowego do innego zakładu ubezpieczeń, zwanego reasekuratorem, nazywamy **reasekuracją**. Reasekuracja, ogólnie mówiąc, jest ubezpieczeniem zakładów ubezpieczeń. Reasekuracja pojawiła się dość dawno w wiekach średnich i zawsze towarzyszyła działalności ubezpieczeniowej. W związku z rozwojem cywilizacji, nowych technologii oraz w związku ze wzrostem majątku wytworzonego przez człowieka i poszczególne narody wzrosła rola reasekuracji. We współczesnych czasach nie można prowadzić działalności ubezpieczeniowej bez reasekuracji, gdyż zawsze pojawi się ryzyko na tak wysoką sumę ubezpieczeniową, która przekracza możliwości finansowe pojedynczego ubezpieczyciela, stąd część ryzyka trzeba oddać do innego zakładu ubezpieczeń, zwanego **reasekuratorem**.

Reasekuracja, która jest dalszym podziałem ryzyka ubezpieczeniowego, odbywa się w skali krajowej, ale przede wszystkim w skali międzynarodowej. Reasekurację nazywamy często ubezpieczeniem pośrednim. Pojawia się tutaj cały ciąg przekazań ryzyka ubezpieczeniowego, który może być łańcuchem transferu. Pierwotny ubezpieczyciel może przekazać część ryzyka przyjętego do ubezpieczenia do kilku reasekuratorów. Ci z kolei mogą stać się cedentami i przekazać przyjęte ryzyko do następnych reasekuratorów, którzy dalej mogą zrobić to samo. Taki ciąg przekazań nie ma formalnych ograniczeń. Ponadto reasekuratorzy mogą współpracować między sobą i mogą przyjęte ryzyko przekazać dalej, stąd może być taka sytuacja, że ryzyko pochodzące z tego samego źródła może się znaleźć u reasekuratora z przekazań od różnych ubezpieczycieli i reasekuratorów.

W związku z takim postępowaniem największe rodzaje ryzyka mogą zostać całkowicie rozproszone. Zatem reasekuracja spełnia kluczową rolę w funkcjonowaniu ubezpieczeń, gdyż pozwala ubezpieczać ryzyko na bardzo wysoką sumę ubezpieczenia.

Ilustrację tego zjawiska przedstawia rysunek 3.9.



Rysunek 3.9. Hipotetyczny podział ryzyka ubezpieczeniowego wśród ubezpieczyciela pierwotnego i kilku reasekuratorów

Źródło: opracowanie własne.

W tym przypadku ryzyko pierwotnie zostało transferowane poprzez ubezpieczenie bezpośrednie do ubezpieczyciela w 100%. Następnie ubezpieczyciel pozostawił sobie 50% ryzyka, a pozostałe 50% transferował do trzech reasekuratorów: reasekuratorów A i B po 20%, a do reasekuratora C oddał 10%. Reasekurator A pozostawił na swoim udziale 50% przyjętego ryzyka, a po 25% przekazał do reasekuratorów D i E. Reasekurator B pozostawił na swoim udziale własnym 60% przyjętego ryzyka, a 40% przekazał reasekuratorowi F. Ten z kolei zostawił na swoim udziale własnym 40%, natomiast po 20% ryzyka przekazał reasekuratorom E, G i H. Reasekurator H postanowił przekazać 50% otrzymanego ryzyka do reasekuratora C. Jak widać, ten łańcuch transferów doprowadził do dużego rozproszenia ryzyka i ostatecznie udział ubezpieczyciela pierwotnego oraz poszczególnych reasekuratorów w ochronie ubezpieczeniowej ryzyka został zestawiony w tabeli 3.6.

Ogólnie rzecz ujmując, reasekuracja polega na oddawaniu ryzyka w postaci dzielenia się składką z reasekuratorem, a następnie w wyniku zajścia wypadku ubezpieczeniowego reasekurator uczestniczy w wypłacie odszkodowań. Proporcja tych podziałów będzie uzależniona od formy kontraktu reasekuracyjnego. Do wymiany reasekuracyjnej dochodzi w wyniku zawarcia umowy reasekuracyjnej. Różne rodzaje umów reasekuracyjnych zostaną omówione w dalszej części podrozdziału.

Tabela 3.6. Udział procentowy w rozproszeniu ryzyka

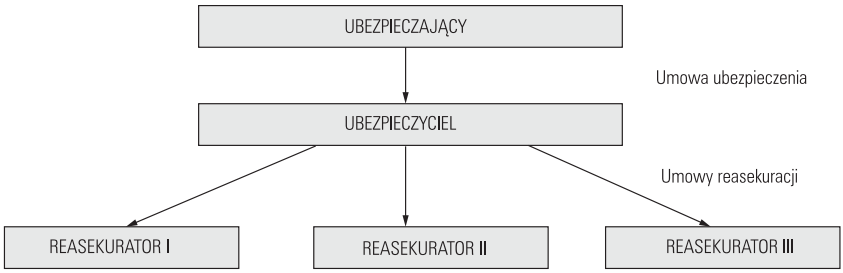
Zakład ubezpieczeń	Udział %
Ubezpieczyciel pierwotny	50
Reasekurator A	10
Reasekurator B	12
Reasekurator C	10,8
Reasekurator D	5
Reasekurator E	6,6
Reasekurator F	3,2
Reasekurator G	1,6
Reasekurator H	0,8
Razem	100

Źródło: opracowanie własne.

W praktyce funkcjonują jeszcze inne metody podziału i wyrównania ryzyka, które odgrywają rolę podobną do reasekuracji. Do metod tych można zaliczyć koasekurację oraz tworzenie poolów ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych.

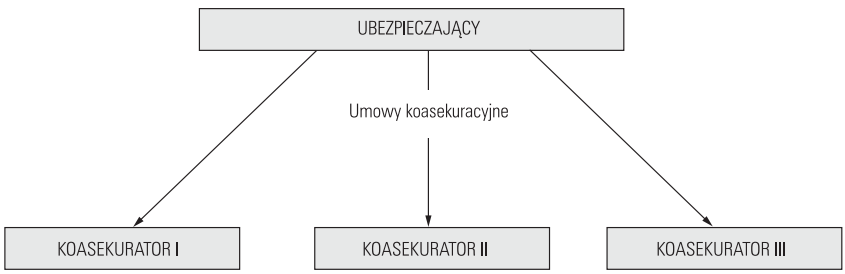
Koasekuracja polega na ubezpieczeniu jednego ryzyka przez kilku ubezpieczycieli. Jest ona współubezpieczeniem (przez rozdzielenie) jednego ryzyka wśród kilku ubezpieczycieli. Każdy z nich przyjmuje odpowiedzialność za część ryzyka i za tę część odpowiada bezpośrednio wobec ubezpieczającego. Celem koasekuracji jest rozłożenie wielkiego ryzyka na wielu mniejszych ubezpieczycieli. Zasadnicza różnica między reasekuracją a koasekuracją polega na tym, że w razie szkody ubezpieczający musi dochodzić swych roszczeń u każdego ubezpieczyciela osobno do wysokości ich udziałów, gdyż ubezpieczający zawiera tyle umów ubezpieczenia, ilu ubezpieczycieli uczestniczy w koasekuracji. Zatem koasekuracja jest ubezpieczeniem bezpośrednim.

Różnice między reasekuracją i koasekuracją ilustrują dwa następujące rysunki – 3.10 i 3.11.



Rysunek 3.10. Zawieranie umów reasekuracyjnych

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 3.11. Zawieranie umów koasekuracyjnych

Źródło: opracowanie własne.

Pool ubezpieczeniowy lub reasekuracyjny polega na tym, że ubezpieczyciele w celu wspólnego wyrównania i pokrywania określonego ryzyka zrzeszają się i tworzą jedną kasę ubezpieczeniową, do której wpłacają zebrane przez siebie składki z ubezpieczeń objętych „porozumieniem poolowym". Z tej wspólnej kasy są następnie pokrywane roszczenia ubezpieczających lub – w razie reasekuracji – ubezpieczycieli, bez względu na to, w którym zakładzie ubezpieczeń zawarli oni umowę ubezpieczenia. Zyski lub straty wynikające z porozumienia poolowego są dzielone w końcu danego roku rozrachunkowego między uczestników poolu na ogół proporcjonalnie do sumy składek ubezpieczeniowych wpłaconych przez nich do wspólnej kasy.

Reasekuracja tworzy również pewien rynek, na którym działają różni roznosiciele ryzyka reasekuracyjnego. Ponadto mogą powstać kartele reasekuracyjne. Kartel tworzy kilku reasekuratorów, zwanych członkami, którzy stosownie do ustalonych regulacji cedują części ryzyka do wspólnej puli, a następnie z powrotem rozdzielane są one swoim członkom. Celem funkcjonowania takich karteli jest zabezpieczenie równowagi finansowej na rynku reasekuracyjnym.

Udział zakładu ubezpieczeń w reasekuracji bierny i czynny

Zakład ubezpieczeń może uczestniczyć w reasekuracji w sposób bierny i w sposób czynny. Uczestniczenie w reasekuracji **biernej** polega na oddawaniu ryzyka do innego ubezpieczyciela – w tym przypadku zwanego reasekuratorem. W reasekuracji biernej uczestniczą wszyscy ubezpieczyciele, gdyż w obecnych czasach trudno byłoby prowadzić działalność ubezpieczeniową bez stosowania reasekuracji, ze względu na:

- ogromny przyrost kapitału i majątku wytworzonego przez człowieka, co wpływa na bardzo duże sumy ubezpieczenia,
- rozwój nowych technologii, które generują nowe duże ryzyko,
- częściej pojawiające się katastrofy o różnym charakterze, jednak najczęściej przyrodniczym, ale również spowodowane przez człowieka.

W takich sytuacjach pojedynczy ubezpieczyciel nie przyjąłby samodzielnie do ochrony ubezpieczeniowej tego rodzaju ryzyka.

Zakład ubezpieczeń z uwagi na swoją działalność techniczno-ubezpieczeniową powinien zdecydować się na zastosowanie reasekuracji biernej w następujących sytuacjach:

- gdy suma ubezpieczenia dotycząca pojedynczego ryzyka znacznie przekracza przeciętną sumę ubezpieczenia w portfelu,
- gdy portfel ubezpieczeń charakteryzuje się dużą szkodowością mierzoną stosunkiem wypłaconych odszkodowań i świadczeń skorygowanych o rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe do zebranej składki ubezpieczeniowej.

Uczestniczenie w reasekuracji **czynnej** polega na przyjmowaniu ryzyka ubezpieczeniowego od innego ubezpieczyciela i wtedy ubezpieczyciel przyjmujący staje się reasekuratorem. Oczywiście, tylko niektóre zakłady ubezpieczeń uczestniczą w reasekuracji czynnej, ponieważ na taką działalność mogą sobie pozwolić tylko te zakłady ubezpieczeń, które mają większe możliwości kapitałowe, gdyż uczestniczenie w reasekuracji czynnej skutkuje zwiększeniem odpowiedzialności ubezpieczeniowej łączącej się z zobowiązaniami w stosunku do klientów. Ponadto na rynku ubezpieczeniowo-reasekuracyjnym funkcjonują takie zakłady, które zajmują się tylko reasekuracją, nie prowadzą ubezpieczeń bezpośrednich.

Rynek wymiany reasekuracyjnej, i to zarówno czynnej, jak i biernej, ma charakter międzynarodowy. Podział ryzyka między firmy ubezpieczeniowe różnych krajów, realizowany dzięki reasekuracji, jest w istocie niczym innym jak handlem zagranicznym, z tym że przedmiotem wymiany nie są obiekty materialne, lecz gwarancje ubezpieczeniowo-reasekuracyjne. Tego rodzaju wymiana handlowa może być korzystna dla obu stron, pod warunkiem że będzie zrównoważona, tzn. że import będzie w przybliżeniu odpowiadał eksportowi. Obroty z tytułu reasekuracji zagranicznej wpływają na kształtowanie się płatności zagranicznych, a więc także na saldo bilansów płatniczych w poszczególnych krajach.

Reasekuracja ma bezpośredni wpływ na sytuację na poszczególnych krajowych i międzynarodowych rynkach ubezpieczeniowych, przeciwdziała nadmiernej koncentracji przemysłu ubezpieczeniowego oraz wpływa na liberalizację i łagodzenie walki konkurencyjnej na tym rynku.

Jednak pamiętać trzeba, że reasekuracja zagraniczna stwarza pewne zagrożenia dla słabo rozwiniętych rynków ubezpieczeniowych, grozi bowiem wtedy uzależnieniem się od rynków ubezpieczeniowych lepiej rozwiniętych, wyrażającym się w takich ujemnych skutkach, jak dyktowanie warunków umów, przepływu kapitałów, zwiększenie ujemnych sald bilansów płatniczych, uzależnienie gospodarcze itp.

Funkcje i zadania reasekuracji

Reasekuracja spełnia dwie funkcje: techniczną i finansową. Techniczna funkcja reasekuracji chroni zakłady ubezpieczeń przed nadmiernym wzrostem szkodowości w danym okresie, będącym następstwem szkód dużych lub znacznego skupienia w czasie szkód zwyczajnych, powodujących istotne odchylenia od szkodowości przeciętnej.

Finansowa funkcja reasekuracji łączy się ściśle z jej funkcją techniczną oraz polega na wzmacnianiu podstaw finansowych ubezpieczyciela i stabilizacji wyników finansowych zakładu ubezpieczeń. Zapewnia to ochronę wyników finansowych ubezpieczycieli oraz przetrwanie złej koniunktury na rynku ubezpieczeniowym. W rozwiniętych stosunkach reasekuracyjnych reasekuratorzy stają się bankierami ubezpieczycieli umożliwiającymi bezpieczniejsze lokaty i inwestycje posiadanych środków.

Reasekuracja spełnia ponadto funkcje:

- czynnika umożliwiającego objęcie ochroną ubezpieczeniową ryzyka o charakterze katastrofalnym,
- stymulatora rozwoju ubezpieczeń,
- czynnika ułatwiającego organizację nowych rodzajów lub wariantów ubezpieczeń,
- czynnika istotnie wpływającego na kształtowanie się bilansu płatniczego z zagranicą,
- stymulatora handlu zagranicznego.

Z drugiej strony reasekurację można traktować jako metodę zarządzania ryzykiem ubezpieczyciela, gdyż spełnia następujące zadania:

- stabilizuje wynik finansowy ubezpieczyciela, ponieważ niweluje zwiększone wypłaty odszkodowań i świadczeń w niepomyślnych latach,
- poprawia bezpieczeństwo finansowe zakładu ubezpieczeń,
- w skali makro w stopniu istotnym wpływa na bilans płatniczy z zagranicą w przypadku stosowania przede wszystkim reasekuracji zagranicznej.

Jednocześnie należy pamiętać, że oprócz wymienionych zadań o charakterze pozytywnym, może mieć również działanie negatywne, takie jak:

- wpływa pośrednio na obniżenie wyniku finansowego z działalności technicznej, gdyż zmniejsza przychody zakładu ubezpieczeń,
- słabo rozwinięte rynki ubezpieczeniowe uzależnia od rynków wysoko rozwiniętych ze względu na swój międzynarodowy charakter,
- działalność inwestycyjna funduszy ubezpieczeniowych przeniesiona jest częściowo na rynki zagraniczne, co ma negatywny wpływ na rozwój krajowego rynku kapitałowego i rynku pieniężnego.

3.4.2. Rodzaje kontraktów reasekuracyjnych jako klasycznej metody wtórnego transferu ryzyka

Kontrakty reasekuracyjne – prawne formy zobowiązań

Formę zobowiązań asekuratora i reasekuratora opisują umowy reasekuracji, które dzielimy na:

- fakultatywne,
- obligatoryjne,
- fakultatywno-obligatoryjne.

Umowa reasekuracji fakultatywnej stanowi indywidualną transakcję dotyczącą w zasadzie jednego ryzyka lub grupy ryzyka jednorodnego, która pozostawia obu stronom pełną swobodę decyzji: asekuratorowi – co do wysokości oferowanego udziału w danym ryzyku, a reasekuratorowi – co do przyjęcia oferowanego mu udziału. Konsekwencją tej swobody decyzji jest każdorazowe umowne ustalenie składki reasekuracyjnej niezależnie od sumy składki ubezpieczeniowej, którą uzyskał asekurator. Korzystną cechą reasekuracji fakultatywnej jest to, że umożliwia indywidualną ocenę ryzyka i w zależności od tego podjęcie określonej decyzji. Natomiast ujemną cechą reasekuracji fakultatywnej jest to, że asekurator musi przekazać udział w danym ryzyku przed terminem rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

Umowa reasekuracji obligatoryjnej zobowiązuje asekuratora do cedowania określonych udziałów w każdym ryzyku danego rodzaju, którego wartość przekracza kwoty ustalone jako udział własny asekuratora, oraz zobowiązuje reasekuratora do przyjęcia tych udziałów. Składka w tych umowach jest zawsze ustalana w odpowiednim procencie składki ubezpieczeniowej uzyskanej przez asekuratora. Umowy reasekuracji obligatoryjnej są zawierane z reguły na czas nieograniczony z prawem wypowiedzenia ich przez obie strony w określonym terminie. Reasekuracja obligatoryjna bywa stosowana na międzynarodowym rynku reasekuracyjnym.

Ponadto w praktyce stosowana jest mieszana forma umów reasekuracji, zwana **reasekuracją fakultatywno-obligatoryjną**, stosująca umowy tzw. otwartego pokrycia (*open cover*). W tego typu umowach asekurator ma swobodę decyzji, jakie ryzyko i w jakiej wysokości zamierza cedować reasekuratorowi, natomiast reasekurator jest zobowiązany przyjąć cedowane mu udziały na warunkach umówionych z góry. Składki reasekuracyjne w tych umowach ustala się bądź indywidualnie, bądź proporcjonalnie do składki ubezpieczeniowej uzyskanej przez asekuratora. Dla reasekuratora umowy fakultatywno-obligatoryjne mogą być niebezpieczne, gdyż cedent może dokonać antyselekcji ryzyka swojego portfela i przekazywać do reasekuracji tylko niebezpieczne rodzaje ryzyka. Tego typu umowy reasekuracyjne są najczęściej stosowane między partnerami, których łączy wieloletnia współpraca i którzy mają do siebie pełne zaufanie.

Jak widać, sposób zawarcia umowy reasekuracyjnej, w której określona jest forma zobowiązań, jest ważny dla prawidłowego funkcjonowania reasekuracji.

Rodzaje umów reasekuracyjnych ze względu na metody podziału ryzyka

Jeśli jako kryterium przyjmiemy metody podziału ryzyka, to umowy reasekuracyjne dzielimy na proporcjonalne i nieproporcjonalne.

W umowach proporcjonalnych udział reasekuratora w każdym ryzyku ustala się w określonym stosunku do udziału własnego reasekurowanego. Ta forma podziału ryzyka jest historycznie najstarsza i praktycznie do XIX wieku umowy reasekuracji opierały się tylko na niej.

Umowy reasekuracji proporcjonalnej dzielimy na:

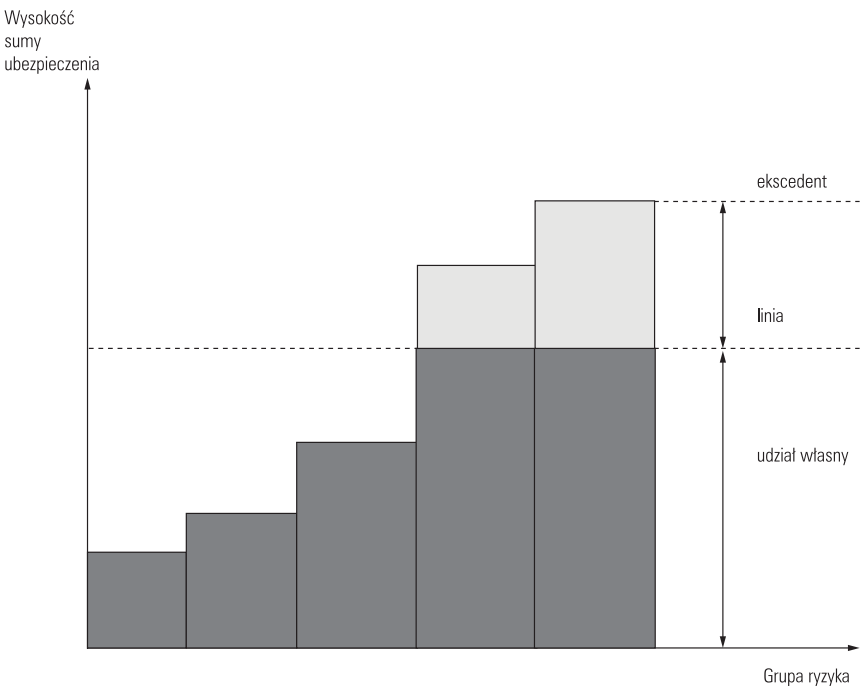
- umowy kwotowe,
- umowy ekscedentowe,
- umowy kwotowo-ekscedentowe.

Umowy kwotowe polegają na tym, że ubezpieczyciel (cedent) zobowiązuje się odstąpić reasekuratorowi udział w każdym ryzyku danego rodzaju (określony w procentach sumy ubezpieczenia), natomiast reasekurator zobowiązuje się ten udział przyjąć. W tego typu umowach ubezpieczyciel przekazuje reasekuratorowi odpowiednio do cedowanych udziałów proporcjonalną część składek ubezpieczeniowych, pomniejszoną o uzgodnioną prowizję reasekuracyjną. Prowizją reasekuracyjną nazywa się koszt nabycia, jaki reasekurator płaci cedującemu ubezpieczycielowi, i ma ona zawierać koszty obsługi ubezpieczeń. Cechą charakterystyczną tego typu reasekuracji jest to, że cedent odstępuje reasekuratorowi część ryzyka i składek według ustalonego procentu. Z kolei reasekurator uczestniczy w ewentualnych odszkodowaniach w tym samym procencie.

Reasekuracja kwotowa polega na zasadzie wzajemności, co oznacza uczestnictwo każdego z partnerów w jednakowym zakresie w portfelu swego partnera. Reasekurację kwotową stosuje się wtedy, gdy portfel ryzyka jest zbyt mały. Gdy mamy

do czynienia z dużym portfelem, to działa prawo wielkich liczb, w związku z czym stabilność finansowa w portfelu jest większa. Reasekuracja kwotowa ma pewne wady, gdyż często nie prowadzi do dostatecznego wyrównania pozostałej części portfela złożonej z udziałów własnych cedenta oraz niektóre rodzaje małego ryzyka są niepotrzebnie reasekurowane. Zapobiec tym wadom ma następny typ umów.

Umowy ekscedentowe polegają na tym, że cedent ustala wysokość udziału własnego (zachowka) i na tej podstawie (stosunek udziału własnego do sumy ubezpieczenia dla danej grupy ryzyka) określa się podział składki oraz podział płatności odszkodowań i cedent zobowiązuje się cedować nadwyżki ponad te udziały (ekscedenty) reasekuratorowi, który z kolei zobowiązuje się je przyjąć.



Rysunek 3.12. Umowa ekscedentowa

Źródło: opracowanie własne

Za jednostkę pokrycia reasekuracyjnego przyjmuje się określoną z góry wielokrotność udziału własnego cedenta, zwaną ekscedentem. Ekscedenty przy reasekuracji tego samego ryzyka nie muszą być takie same. Przykładowo pierwszy ekscedent danego ryzyka stanowi 10 udziałów własnych, drugi zaś ekscedent jest równy 4 udziałom własnym. W praktyce używa się słowa „linia" zamiast określenia „udział własny". Reasekuracja ekscedentowa eliminuje wahania w finansowych

operacjach ubezpieczeniowych powstających w następstwie bardzo dużych szkód, natomiast nie wyrównuje szkód o niezbyt wysokiej sumie ubezpieczenia.

Oprócz powyższych umów w praktyce stosowane są, aczkolwiek rzadko, umowy reasekuracji mieszanej, kwotowo-ekscedentowej.

Umowy kwotowo-ekscedentowe, czyli mieszane, stanowią połączenie obu omówionych umów reasekuracji proporcjonalnej. Portfel danego rodzaju ubezpieczeń jest przede wszystkim reasekurowany kwotowo, a nadwyżka sum ubezpieczenia ryzyka ponad ustaloną kwotę jest z kolei reasekurowana według zasad reasekuracji ekscedentowej.

Reasekuracja proporcjonalna okazała się niewystarczająca. Zakłady ubezpieczeń dążyły do zabezpieczenia całości swych interesów finansowych, a reasekuracja proporcjonalna nie zapewniała tego. Interesy ubezpieczycieli były szczególnie zagrożone, jeżeli powstawały szkody wyjątkowo wysokie, bądź jeśli w danym roku wystąpiły szkody o przeciętnych rozmiarach, ale bardzo liczne, np. w efekcie katastrof lub klęsk żywiołowych. Zatem zaczęto poszukiwać nowych metod podziału ryzyka. W efekcie powstały umowy reasekuracji nieproporcjonalnej. W umowach reasekuracji nieproporcjonalnej w podziale ryzyka między reasekurowanego a reasekuratora nie obowiązują żadne z góry określone proporcje. Główny problem reasekuracji nieproporcjonalnej to ustalanie składki reasekuracyjnej. Problem ten rozwiązuje się na podstawie badań statystycznych dotyczących występowania szkód wielkich określonego rodzaju. Badania te są podstawą ustalania ich rozkładów prawdopodobieństwa, a następnie ich oczekiwanej wysokości oraz prawdopodobieństwa możliwych odchyleń rzeczywistej wysokości szkód od wartości oczekiwanej. Natomiast dane statystyczne dotyczące szkodowości w całym portfelu ubezpieczeń asekuratora w latach ubiegłych pozwalają obliczyć oczekiwaną wysokość szkodowości oraz prawdopodobieństwo określonych jej odchyleń w przyszłości.

W praktyce stosowane są dwa typy umów reasekuracji nieproporcjonalnej, a mianowicie:

- umowy reasekuracji nadwyżki szkody,
- umowy reasekuracji nadwyżki szkodowości.

Umowy reasekuracji nadwyżki szkody polegają na tym, że reasekurator zobowiązuje się do pokrycia tej części szkód, które są wyższe od ustalonej sumy udziału własnego cedenta w szkodzie, a niższe od określonej w umowie sumy stanowiącej granicę odpowiedzialności reasekuratora. Udział własny cedenta w szkodzie zwany jest priorytetem, a górna granica odpowiedzialności reasekuratora z tytułu jednego zdarzenia losowego to limit pokrycia reasekuracyjnego.

Reasekurację nadwyżki szkody stosuje się wtedy, gdy ubezpieczycielowi nie chodzi o wyrównanie określonego ryzyka danego rodzaju, ale o bezpośrednie zabezpieczenie równowagi finansowej operacji ubezpieczeniowych, która może być zachwiana w razie wystąpienia szczególnie dużych szkód w niektórych jednostkach

ryzyka w portfelu. Umowy są najczęściej zawierane w formie obligatoryjnej. Zatem reasekurację nadwyżki szkody stosuje się wtedy, gdy chce się wyrównać wahania wyników cedenta powstałe w następstwie szkód wielkich. Szkody małe i średnie nieprzekraczające udziału własnego cedenta nie są przez niego pokrywane.

Umowy reasekuracji nadwyżki szkodowości dotyczą całego portfela ubezpieczeń danego rodzaju. Polegają one na tym, że reasekurator zobowiązuje się wyrównać ubezpieczycielowi nadwyżkę wskaźnika szkodowości mieszczącego się w ustalonych w umowie granicach. Ubezpieczyciel obciążony jest szkodowością poniżej i powyżej tych granic. Nadwyżkę szkodowości ustala się procentowo w stosunku do wskaźnika szkodowości składki ubezpieczeniowej. Wskaźnik ten oznacza stosunek wypłaconych odszkodowań do składek ubezpieczeniowych.

W reasekuracji nadwyżki szkodowości reasekurator przejmuje wszystkie płatności świadczeniowe przekraczające pewien uzgodniony poziom procentowy szkodowości w danej grupie ubezpieczeń. Występuje tu również ograniczenie odpowiedzialności reasekuratora. Cedent uczestniczy także w pokrywaniu części nadwyżki szkodowości, którą jest zobowiązany pokrywać reasekurator.

W wyniku reasekuracji nadwyżki szkodowości otrzymuje się ochronę cedenta przed skutkami nadmiernej szkodowości powstałej w następstwie kumulacji wielu szkód, z osobna mieszczących się w udziale własnym cedenta, w sumie jednak naruszających stabilność finansową operacji ubezpieczeniowych przed skutkami nagromadzenia się wielu małych i średnich szkód w wielu różnych jednostkach ryzyka.

Podstawowym problemem dla zakładu ubezpieczeń stosującego reasekurację przed zawarciem umowy reasekuracyjnej jest ustalenie wysokości udziału własnego, czyli jaką część ryzyka zostawić sobie. Zadanie ustalenia udziału własnego jest dość skomplikowane ze względu na to, że trzeba uwzględnić wiele różnych kryteriów, takich jak: wypłacalność, zdolność obsługi finansowej, wzajemność, zrównoważenie wyników netto i inne. Jednocześnie trzeba pamiętać, że określanie udziału własnego ustalane jest dla poszczególnych umów innymi metodami.

3.4.3. Metody alternatywnego transferu ryzyka

W ostatnich czasach pojawiają się nowe problemy, nowe trendy, które towarzyszą działalności ubezpieczeniowej, występują różne nowe sytuacje, wobec których zakłady ubezpieczeń muszą wypracować inne, nowe strategie postępowania. Wymienić tu można następujące zagadnienia.

- Alternatywny transfer ryzyka przez stosowanie instrumentów pochodnych.
- Sekurytyzacja przyszłych zobowiązań ubezpieczyciela z tytułu umów ubezpieczenia, stosowanie produktów sekurytyzacji ryzyka ubezpieczeniowego, które obejmują: obligacje na ryzyko ubezpieczeniowe, opcje bazujące na różnych rodza-

jach ryzyka ubezpieczeniowego, *futures* katastrofowe, swapy na ryzyko ubezpieczeniowe.

- Doskonalenie umów reasekuracyjnych przez stosowanie, oprócz klasycznej reasekuracji, reasekuracji finansowej i wykorzystywanie produktów typu IRM.

Reasekuracja finansowa

W praktyce ubezpieczeniowej oprócz reasekuracji tradycyjnej znajduje coraz częściej zastosowanie **reasekuracja finansowa**, która jest jeszcze bardziej związana z zarządzaniem ryzykiem ubezpieczyciela, gdyż nie tylko transferuje ryzyko ubezpieczeniowe, ale obejmuje swoim działaniem ryzyko finansowe, takie jak:

- ryzyko czasu (*timing risk*) – uwzględnia zmiany wartości pieniądza w czasie związane z przesuniętymi roszczeniami lub przedwczesną wypłatą szkód, co skutkuje obniżeniem przyszłych zysków z rezerw dla reasekuratora,
- ryzyko oceny (*underwriting risk*) – związane z nieprzewidywalnym znacznym wzrostem szkodowości.

Umowy reasekuracji finansowej stanowią kombinację transferu i finansowania ryzyka ze szczególnym uwzględnieniem wartości pieniądza w czasie, realizują zatem politykę transferu ryzyka (obszar zarządzania ryzykiem techniczno-ubezpieczeniowym) i politykę kształtowania wyniku finansowego (obszar zarządzania finansami).

Reasekuracja finansowa to tworzenie długoterminowych umów o specjalnie ustalonych przepływach pieniężnych, gdzie cena i ostateczny zysk są uzależnione od wyników cedenta.

Zadania reasekuracji finansowej to [Ronka-Chmielowiec, 2009]:

- Zmniejszenie ryzyka techniczno-ubezpieczeniowego jak w reasekuracji klasycznej, z tym że zmniejszenie rozpiętości rozkładu szkód odbywa się w obrębie wielu okresów rozliczeniowych.
- Zarządzanie wynikiem finansowym przez interakcje w obrębie przepływów pieniężnych dotyczących zobowiązań i należności.

Reasekuracja finansowa może być wykorzystywana zarówno jako uzupełnienie tradycyjnych form reasekuracji, jak i jako odrębna forma transferu ryzyka. Wszystkie umowy reasekuracji finansowej charakteryzują się tym, że po pierwsze – umowy te są najczęściej umowami długoterminowymi, zawieranymi często na okres od trzech do pięciu lat, po drugie – odpowiedzialność reasekuratora jest zazwyczaj ograniczona określoną maksymalną kwotą, ponieważ nie zachodzi tutaj proces przekazywania typowego ryzyka ubezpieczeniowego [Kowalczyk, Poprawska, Ronka-Chmielowiec, 2006].

Umowy reasekuracji finansowej dzielimy na umowy retrospektywne i umowy prospektywne. Umowy retrospektywne dotyczą zaistniałych zdarzeń losowych. Wyróżnia się tutaj dwa rodzaje umów:

- transfer portfela szkód (*Loss Portfolio Transfer* – LPT),
- pokrycie niekorzystnego rozwoju szkodowości (*Adverse Development Cover* – ADC).

Umowa typu **transfer portfela szkód** polega na tym, że zakład ubezpieczeń, będący cedentem, przekazuje reasekuratorowi rezerwy szkodowe na pokrycie zobowiązań (utworzone wcześniej), w przypadku których nie można ustalić momentu ich uregulowania, czyli momentu wypłaty odszkodowania. Umowy tego typu zwalniają zakład ubezpieczeń, który ceduje część lub całość portfela ryzyka, z konieczności utrzymywania rezerw na to ryzyko. Oznacza to, że reasekurator przyjmuje na siebie rezerwy cedenta na niezrealizowane ryzyko. Ponadto zakład ubezpieczeń cedujący rezerwy zobowiązany jest do zapłacenia premii, nie większej jednak niż rezerwy netto. Dzięki przejęciu całego ryzyka związanego z danym portfelem cedowanych ubezpieczeń reasekurator ponosi koszty związane z tworzeniem rezerw, ale również osiąga zyski z ich inwestycji. W przypadku szybkich strat na cedowanym ryzyku reasekurator narażony jest na ryzyko czasowe, gdyż zyski inwestycyjne z utrzymywanych rezerw mogą nie zostać zrealizowane. Ponadto z umów typu LPT cedenci mogą czerpać pewne korzyści. Po pierwsze – umowy te pozwalają zredukować sumę wskaźnika szkodowości i wskaźnika kosztów, po drugie – poprawiają wypłacalność zakładu ubezpieczeń, po trzecie – zwiększają pojemność akceptacyjną zakładu ubezpieczeń, co pozwala przyjmować do ubezpieczenia większą wartość ryzyka.

Umowa typu **pokrycie niekorzystnego rozwoju szkodowości** polega na tym, że nie dokonuje się przekazania portfela szkód reasekuratorowi, tylko oczekuje od reasekuratora udzielenia ochrony, na wypadek gdyby utworzone przez cedujący zakład ubezpieczeń rezerwy na wypłaty odszkodowań i świadczeń okazały się niewystarczające. Przyczyną takiej sytuacji może być niekorzystny rozwój szkodowości lub nieuregulowanie przez reasekuratorów w pełnej wysokości zobowiązań wynikających z tradycyjnych umów reasekuracji (chodzi tu o rezerwy typu IBNR oraz IBNER).

Umowy typu ADC pozwalają również zabezpieczyć się cedentowi przed szkodami, które nie zostały jeszcze zgłoszone. Jest to istotne w sytuacji, gdy zakład ubezpieczeń, będący cedentem, posiada dużą ekspozycję na ryzyko różnego typu odpowiedzialności cywilnej, z którego szkody ujawniają się często po wielu latach.

Umowy prospektywne dotyczą przyszłych zdarzeń losowych. Wyróżniamy tutaj dwa rodzaje umów:

- finansowa reasekuracja kwotowa (*Financial Quota Share* – FQS),
- rozproszenia strat (*Spread Loss Treaty* – SLT).

Umowa typu **finansowa reasekuracja kwotowa** polega na tym, że zakład ubezpieczeń, który jest cedentem, przekazuje określony procent składki i ryzyka. W zamian reasekurator przekazuje środki odpowiadające jego udziałowi w szko-

dach oraz zmienną prowizję reasekuracyjną, która jest tym wyższa, im wyższy jest poziom wskaźnika szkodowości (w reasekuracji tradycyjnej jest odwrotnie).

Zaletą umów typu FQS jest ich wpływ na wynik techniczny, a dokładnie, na łagodzenie zmienności tego wyniku. Ponadto przychody z reasekuracji pozwalają zwiększyć i ustabilizować pojemność akceptacyjną zakładu ubezpieczeń oraz wpływają na poprawę jego wypłacalności.

Umowa typu **rozproszenia strat** polega na tym, że cedent zobowiązany jest do okresowego przekazywania odpowiedniej kwoty, która składa się z części stałej oraz części zmiennej, na wyodrębniony rachunek. Odsetki od tych środków z reguły przypadają cedentowi. Ze środków zgromadzonych na tym rachunku wypłacane są odszkodowania objęte umową (zwykle do określonej w umowie kwoty przypadającej na każdy rok i łącznie) oraz prowizja dla reasekuratora. Kwota wpłacana przez cedenta zależna jest od przebiegu szkodowości i płatna do momentu wyrównania salda rozliczeń reasekuracyjnych, które następuje po zakończeniu umowy. Jeżeli po zakończeniu kontraktu saldo rozliczeń jest ujemne, wówczas cedent pokrywa część tych strat. Jeśli natomiast po zakończeniu kontraktu bilans na rachunku jest dodatni, to cedent otrzymuje część tych środków.

Umowy SLT, które pozwalają na rozłożenie szkód w czasie, wpływają łagodząco na zmienność wyniku technicznego, dostarczają dodatkowego kapitału, zwiększając pojemność akceptacyjną zakładu ubezpieczeń, oraz pozwalają uniezależnić się od wahań cen na rynku reasekuracyjnym przez transfer ryzyka czasowego na reasekuratora.

Zintegrowane zarządzanie ryzykiem

Jeszcze bardziej związane z doskonaleniem metod zarządzania ryzykiem ubezpieczyciela są produkty typu IRM oferowane przez reasekuratorów, tzn. **zintegrowane zarządzanie ryzykiem** (*integrated risk management*). Produkty te charakteryzują się większą elastycznością i efektywnością, gdyż lepiej wpływają na wynik operacyjny zakładu ubezpieczeń niż zawarcie osobno umowy reasekuracji klasycznej i hedgingu finansowego. Wpływają zatem na stabilizację wartości zakładu ubezpieczeń.

Produkty IRM dotyczą ochrony całego wyniku operacyjnego i obejmują oprócz ryzyka techniczno-ubezpieczeniowego ryzyko finansowe, takie jak: ryzyko stopy procentowej, ryzyko cen akcji i ryzyko kursu walutowego. Efekty zintegrowanego zarządzania ryzykiem to:

- optymalne pokrycie szkód powstałych po stronie aktywów i pasywów zakładu ubezpieczeń, czyli pełna ochrona struktury bilansu,
- obniżenie ryzyka kapitału, co może zostać wykorzystane w dalszej działalności cedenta.

Słowa kluczowe

- Koasekuracja
- Reasekuracja
- Reasekuracja bierna
- Reasekuracja czynna
- Reasekuracja finansowa
- Reasekuracja nieproporcjonalna
- Reasekuracja proporcjonalna
- Umowy reasekuracji fakultatywne i obligatoryjne
- Zintegrowane zarządzanie ryzykiem

Pytania kontrolne

1. Na czym polega różnica między reasekuracją fakultatywną i obligatoryjną?
2. Jakie są rodzaje umów reasekuracji proporcjonalnej?
3. Jakie są funkcje reasekuracji biernej?
4. Co to jest reasekuracja czynna?
5. Kiedy powinna być stosowana reasekuracja nieproporcjonalna?
6. Na czym polega reasekuracja finansowa?
7. W jaki sposób umowy typu LPT wpływają na wyniki i strukturę bilansu zakładu ubezpieczeń?
8. Jakie korzyści wynikają dla zakładu ubezpieczeń z zastosowania umów typu SLT?

3.5. Zasady oceny sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń

M. Lament

W podrozdziale tym omówiono zasady oceny sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń. W szczególności wskazano podmioty zainteresowane taką oceną oraz ich potrzeby informacyjne, przedstawiono zakres i zawartość sprawozdania finansowego jako podstawowego źródła informacji o sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń, a także omówiono podstawowe grupy wskaźników finansowych, wykorzystywanych do oceny jego sytuacji finansowej, prezentując je w podziale na wskaźniki rentowności, wypłacalności, płynności finansowej i zdolności płatniczej oraz sprawności działania i współzależności.

3.5.1. Podmioty zainteresowane oceną sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń

Sytuację finansową zakładu ubezpieczeń można oceniać według wielu kryteriów. Zakłady ubezpieczeń – jak wszystkie podmioty gospodarcze – są oceniane przez inne podmioty i instytucje, które wchodzą z nimi w relacje biznesowe, tj. przez ubezpieczonych (ubezpieczających), akcjonariuszy, pośredników ubezpieczeniowych, pracowników, inne zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji, Komisję Nadzoru Finansowego, Polską Izbę Ubezpieczeń, organa Ministerstwa Finansów, instytucje rynku kapitałowego, Rzecznika Finansowego, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny itp. Jednak uwzględniając specyfikę działalności zakładów ubezpieczeń, należy wskazać na właścicieli i ubezpieczających jako na główne podmioty zainteresowane sytuacją finansową zakładów ubezpieczeń. Właściciele będą zainteresowani przede wszystkim oceną rentowności, a zwłaszcza rentownością kapitałów, natomiast ubezpieczeni (ubezpieczający) szeroko rozumianym bezpieczeństwem finansowym, które powinno przejawiać się w zdolności do terminowej wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych.

Potrzeby informacyjne podmiotów zainteresowanych oceną sytuacji finansowej zakładów ubezpieczeń przedstawiono w tabeli 3.7.

Tabela 3.7. Potrzeby informacyjne podmiotów zainteresowanych oceną sytuacji finansowej zakładów ubezpieczeń

Użytkownicy informacji finansowej	Zakres (rodzaje) informacji
1	2
Akcjonariusze, potencjalni inwestorzy	▸ generowane zyski (rentowność) ▸ wypłacalność ▸ stopa zwrotu z zainwestowanego kapitału
Kredytodawcy	▸ płynność finansowa ▸ wypłacalność ▸ poziom ryzyka ▸ perspektywy rozwoju
Odbiorcy usług (w tym ubezpieczający)	▸ pozycja finansowa ▸ perspektywy kontynuacji działania ▸ wypłacalność ▸ płynność finansowa ▸ rentowność ▸ możliwości finansowe
Państwo, organy podatkowe lub lokalne	▸ rozliczenia podatkowe ▸ polityka finansowa

1	2
Konkurencja	▸ struktura kosztów ▸ zyskowność (rentowność) ▸ wypłacalność ▸ plany i możliwości ekspansji rynkowej
Pracownicy	▸ zyskowność (rentowność) ▸ wypłacalność
Zarząd/kierownictwo	▸ wszystkie dane finansowe służące do oceny efektywności podejmowanych decyzji gospodarczych oraz na potrzeby planowania i kontroli działalności jednostki gospodarczej
Nadzór finansowy	▸ wypłacalność (*Solvency I*) – minimalny kapitał gwarancyjny – kapitał gwarancyjny – margines wypłacalności – środki własne – pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w ujęciu brutto przez określone ustawowo aktywa ▸ wypłacalność (*Solvency II*) – ocena ryzyka – adekwatność kapitałowa – ocena systemu zarządzania

Źródło: opracowanie własne.

System oceny nie jest procesem łatwym do przeprowadzenia, gdyż składa się na niego wiele elementów zarówno mierzalnych, jak i niemierzalnych o charakterze jakościowym. Poza tym sama ocena może być nieczytelna dla przeciętnego ubezpieczonego (ubezpieczającego), w związku z tym celowe jest funkcjonowanie:

▸ instytucji nadzoru ubezpieczeniowego, której zadaniem jest dokonywanie oceny sytuacji finansowej zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji, wykrywanie nieprawidłowości oraz stosowanie odpowiednich środków zapobiegających upadłości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji[55],

[55] Zgodnie z Dyrektywą 2009/138/WE – *Solvency* II (pkt 16 i 18) głównym celem regulacji i nadzoru zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji jest odpowiednia ochrona ubezpieczających i beneficjentów, w związku z czym organy nadzoru powinny mieć do dyspozycji wszystkie środki, które są niezbędne do zapewnienia prawidłowego prowadzenia działalności przez zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji na całym terytorium Wspólnoty, niezależnie od tego czy jest ona świadczona na podstawie prawa przedsiębiorczości, czy swobody świadczenia usług: Dyrektywa 2009/138/WE z 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (*Solvency* II) (Dz.U. L 335 z 17.12.2009); Dyrektywa Omnibus II – Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) zmieniająca dyrektywy 2003/71/WE i 2009/138/WE w zakresie uprawnień Europejskiego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych oraz Europejskiego Urzędu Nadzoru Giełd i Papierów Wartościowych (COD 2011/0006); Rozporządzenie delegowanej Komisji (UE) 2015/35 z 10 października 2014 r. uzupełniające dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wypłacalność II) (Dz.U. L. 12/1 z 17.01.2015).

- agencji ratingowych, które prezentują jasny w odbiorze (czytelny) system oceny, a jednocześnie gwarantują jego wiarygodność.

Zarówno organa nadzoru, jak i agencje ratingowe bazują w procesie oceny sytuacji finansowej zakładów ubezpieczeń na sprawozdaniach finansowych (sporządzanych na podstawie regulacji bilansowych[56]) i nadzorczych (sporządzanych zgodnie z regulacjami wypłacalności[57]) oraz wykorzystują wskaźniki finansowe, będące relacją różnie ze sobą zestawianych danych finansowych charakteryzujących działalność zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji.

Warto zwrócić uwagę, że zgodnie z założeniami systemu oceny wypłacalności *Solvency II,* który opiera się zarówno na elementach ilościowych, jak i jakościowych, w znacznym stopniu dopasowanych do potrzeb konkretnego zakładu ubezpieczeń i towarzyszącego mu ryzyka, analiza nadzorcza znacznie bardziej niż na sprawozdaniach finansowych będzie się koncentrować na opracowywanych przez zakłady ubezpieczeń wewnętrznych modelach oceny ryzyka oraz zasadach zarządzania nim. Nie oznacza to bynajmniej mniejszej roli rachunkowości i sprawozdawczości finansowej, gdyż wymienione modele będą czerpać dane głównie z szeroko rozumianego systemu rachunkowości, tzn. z rachunkowości finansowej (sprawozdania finansowe), z rachunkowości zarządczej (wewnętrzne analizy i raporty) oraz z funkcjonujących mechanizmów kontrolnych w postaci kontroli wewnętrznej czy audytu wewnętrznego.

3.5.2. Sprawozdanie finansowe jako źródło oceny sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń

Informacje prezentowane w sprawozdaniu finansowym są przydatne w podejmowaniu, weryfikacji i korygowaniu decyzji ekonomicznych zarówno kadry zarządzającej, jak i zewnętrznych odbiorców sprawozdań finansowych.

Zakres i zasady sporządzania sprawozdania finansowego przez zakłady ubezpieczeń uregulowane zostały w ustawie z 29 września 1994 r. o rachunkowości oraz w rozporządzeniu Ministra Finansów z 12 kwietnia 2016 r. w sprawie szcze-

[56] Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. z 2013 r., poz. 330, 613, z 2014 r., poz. 768, 1100, z 2015 r., poz. 4); rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz.U. z 2016 r., poz. 562).

[57] Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 680/2014 z 16 kwietnia 2014 r. ustanawiające wykonawcze standardy techniczne dotyczące sprawozdawczości nadzorczej instytucji zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 575/2013 (Dz.U. L 191 z 28.06.2014); rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2015/79 z 18 grudnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie wykonawcze (UE) nr 680/2014 ustanawiające wykonawcze standardy techniczne dotyczące sprawozdawczości nadzorczej instytucji zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 575/2013 w odniesieniu do obciążenia aktywów, jednolitego modelu punktów danych i zasad walidacji (Dz.U. L 14/1 z 21.01.2015).

gółowych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji. W razie braku uregulowań w ustawie o rachunkowości jednostka gospodarcza powinna się kierować Krajowymi Standardami Rachunkowości (KSR), a dopiero w następnej kolejności Międzynarodowymi Standardami Rachunkowości (MSR)/ Międzynarodowymi Standardami Sprawozdawczości Finansowej (MSSF). Jednakże wszystkie spółki notowane na giełdach państw członkowskich Unii Europejskiej, a więc także na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie, a także podmioty wchodzące w skład grup kapitałowych, w których jednostka dominująca wyższego szczebla sporządza skonsolidowane sprawozdanie finansowe zgodnie z MSR/MSSF, zobligowane są do sporządzania skonsolidowanych sprawozdań finansowych zgodnie z MSR/MSSF.

Analiza obowiązujących rozwiązań prawnych, wynikających z ustawy o rachunkowości oraz MSR/MSSF, pokazuje, że sprawozdanie finansowe zakładu ubezpieczeń, bez względu na jego formę prawną (spółka akcyjna, towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych), będzie się składało z następujących elementów, ujętych w tabeli 3.8.

Tabela 3.8. Zakres sprawozdania finansowego zakładu ubezpieczeń wg ustawy o rachunkowości oraz wg MSR/MSSF

Elementy sprawozdania finansowego wg ustawy	Elementy sprawozdania finansowego wg MSR/MSSF
Bilans	Sprawozdanie z sytuacji majątkowej
Ogólny rachunek zysków i strat oraz techniczny rachunek ubezpieczeń	Sprawozdanie z całościowego wyniku
Informacja dodatkowa	Informacja dodatkowa
Rachunek przepływów pieniężnych	Sprawozdanie z przepływów pieniężnych
Zestawienie zmian w kapitale własnym	Sprawozdanie ze zmian w kapitale własnym
Sprawozdanie z działalności jednostki*	Komentarz zarządu

*Sprawozdanie z działalności nie jest elementem sprawozdania finansowego, ale powinno zostać dołączone do sprawozdania finansowego przez wymienione w ustawie o rachunkowości podmioty. Są to: spółki kapitałowe, spółki komandytowo-akcyjne, towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, towarzystwa reasekuracji wzajemnej, spółdzielnie, przedsiębiorstwa państwowe, zob. art. 49 ust. 1 ustawy o rachunkowości.

Źródło: opracowanie własne.

Wzorcowy układ i treść sprawozdania finansowego zakładów ubezpieczeń stanowi załącznik 3 do ustawy o rachunkowości. Zakłady ubezpieczeń, których akcje notowane są na Giełdzie Papierów Wartościowych, a także wchodzące w skład grup kapitałowych, w których jednostka dominująca wyższego szczebla sporządza skon-

solidowane sprawozdanie finansowe zgodnie z MSR/MSSF, sporządzają sprawozdanie finansowe zgodnie z MSR/MSSF – nie występuje jednak wzorzec takiego sprawozdania przewidziany dla zakładów ubezpieczeń – MSR 1 *Prezentacja sprawozdań finansowych*[58] określa obligatoryjny zakres sprawozdania finansowego, a w części dotyczącej wytycznych stosowania standardu podaje przykładową jego strukturę.

Warto zwrócić uwagę, że celem sprawozdawczości zakładów ubezpieczeń jest w znacznym stopniu dostarczenie informacji na potrzeby oceny wypłacalności. Dlatego też obowiązki sprawozdawcze zakładów ubezpieczeń zostały w znacznym stopniu podporządkowane temu celowi. W dotychczasowych regulacjach prawnych system rachunkowości oraz sprawozdawczości finansowej był dostosowany do potrzeb oceny wypłacalności, wynikającej z regulacji nadzorczych[59]. Nowe przepisy prawne określające zasady oceny wypłacalności zakładów ubezpieczeń ujęte w *Solvency II* nie są respektowane w regulacjach prawa bilansowego. Występuje zatem rozbieżność w systemie rachunkowości i sprawozdawczości na potrzeby bilansowe i podatkowe oraz na potrzeby nadzorcze. Jednocześnie należy jednak zauważyć, że nowy zakres sprawozdawczości na potrzeby nadzorcze ma znacznie szerszy charakter, a zatem zapewnia większą ilość informacji skierowanych do szerszego grona odbiorców, co zapewnia lepszy jakościowo system informacyjny.

Jednym z podstawowych dokumentów wchodzących w skład sprawozdania finansowego jest **bilans**. W bilansie wykazuje się stan aktywów i pasywów na dzień kończący bieżący i poprzedni rok obrotowy (art. 46 ust. 1 ustawy o rachunkowości). W sytuacji gdy bilans sporządzany jest na inny dzień bilansowy niż dzień kończący rok bieżący, stan aktywów i pasywów w bilansie wykazuje się na ten dzień, a także na dzień kończący rok obrotowy bezpośrednio poprzedzający ten dzień bilansowy.

Uproszczony układ bilansu zakładu ubezpieczeń przedstawiono w tabeli 3.9.

[58] MSR 1 *Prezentacja sprawozdań finansowych,* rozporządzenie Komisji (UE) nr 149/2011 z dnia 18 lutego 2011 r. zmieniające rozporządzenie Komisji (WE) nr 1126/2008 przyjmujące określone Międzynarodowe Standardy Rachunkowości (WE) nr 1606/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady w odniesieniu do Międzynarodowych Standardów Sprawozdawczości Finansowej (MSSF).

[59] Szerzej na temat powiązań pomiędzy systemem informacyjnym rachunkowości zakładów ubezpieczeń a zasadami oceny ich wypłacalności, zob. [Lament, 2013a].

Tabela 3.9. Uproszczony układ bilansu zakładu ubezpieczeń

AKTYWA	PASYWA
A. Wartości niematerialne i prawne	A. Kapitał własny
B. Lokaty	B. Zobowiązania podporządkowane
C. Aktywa netto ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty (inwestycyjne) ponosi ubezpieczający	C. Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe
D. Należności	D. Udział reasekuratorów w rezerwach techniczno-ubezpieczeniowych (wartość ujemna)
E. Inne składniki aktywów	E. Oszacowane regresy i odzyski (wielkość ujemna)
F. Rozliczenia międzyokresowe	F. Pozostałe rezerwy
G. Należne wpłaty na kapitał podstawowy*	G. Zobowiązania z tytułu depozytów reasekuratorów
H. Akcje własne**	H. Pozostałe zobowiązania i fundusze specjalne
	I. Zobowiązania z tytułu ubezpieczeń bezpośrednich

* Pozycja ta będzie wykazywana w aktywach bilansu od 1 stycznia 2016 r. (art. 1 pkt 35 projektu ustawy o zmianie ustawy o rachunkowości oraz niektórych ustaw).

** Pozycja ta będzie wykazywana w aktywach bilansu od 1 stycznia 2016 r. (art. 1 pkt 35 projektu ustawy o zmianie ustawy o rachunkowości oraz niektórych ustaw).

Źródło: opracowanie własne na podstawie załącznika 3 do ustawy o rachunkowości.

Wyszczególnione grupy aktywów i pasywów podlegają dalszemu podziałowi na podgrupy (oznaczone dużymi literami), te z kolei dzielą się na pozycje szczegółowe.

Oprócz pozycji bilansowych występują również składniki tzw. pozabilansowe, wykazane w załączniku 3 do ustawy o rachunkowości. Należą do nich:

- należności i zobowiązania warunkowe,
- zabezpieczenia z tytułu reasekuracji ustanowione na rzecz zakładu ubezpieczeń,
- zabezpieczenia z tytułu reasekuracji ustanowione przez zakład ubezpieczeń na rzecz cedentów,
- obce składniki aktywów nieujęte w aktywach.

Aktywa zakładu ubezpieczeń nie są uszeregowane według wzrastającego stopnia płynności finansowej, tak jak w bilansie przedsiębiorstwa, ale według ich znaczenia w gospodarce finansowej zakładu ubezpieczeń. Wykazana w bilansie wartość poszczególnych składników aktywów wynika z ich wartości księgowej, skorygowanej o (art. 46 ust. 2 ustawy o rachunkowości):

- dotychczas dokonane odpisy amortyzacyjne lub umorzeniowe oraz odpisy aktualizujące, w tym również z tytułu trwałej utraty wartości składników aktywów trwałych,
- odpisy aktualizujące wartość rzeczowych składników aktywów obrotowych,
- odpisy aktualizujące wartość należności.

Aktywa finansowe i zobowiązania finansowe wykazuje się w bilansie w kwocie netto po kompensacie, jeżeli jednostka ma bezwarunkowe prawo do kompensaty aktywów i zobowiązań danego rodzaju i zamierza je rozliczyć w kwocie netto albo

jednocześnie wydać składnik aktywów finansowych i rozliczyć zobowiązanie finansowe.

Podstawowe grupy aktywów zakładu ubezpieczeń obejmują:

- Wartości niematerialne i prawne, obejmujące nabyte przez jednostkę prawa majątkowe, takie jak: autorskie prawa majątkowe, prawa pokrewne, licencje, koncesje, prawa do wynalazków, patentów, znaków towarowych, wzorów użytkowych oraz zdobniczych, know-how oraz oprogramowanie komputerowe, a także nabytą wartość firmy oraz koszty zakończonych prac rozwojowych (art. 3 ust. 1 pkt 14 ustawy o rachunkowości).
- Lokaty – składniki aktywów, które zakład ubezpieczeń inwestuje w celu uzyskania korzyści ekonomicznych. Pełnią one szczególną rolę w zakładzie ubezpieczeń ze względu na ich rozmiary oraz znaczenie w systemie oceny wypłacalności – stanowią zabezpieczenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, tj. przyszłych zobowiązań z tytułu zawartych umów ubezpieczenia i umów reasekuracji. Wykazuje się je w bilansie w następujących grupach: nieruchomości, lokaty w jednostkach podporządkowanych, inne lokaty finansowe, należności depozytowe od cedentów.
- Aktywa netto ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający, obejmują lokaty dokonane przez zakład ubezpieczeń, ale na rachunek i ryzyko ubezpieczającego. Ich wartość jest wykorzystywana do wyceny wartości zysku z umów ubezpieczenia związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oraz służy pokryciu zobowiązań, które zostały określone w stosunku do odpowiednich indeksów.
- Należności, przez które rozumie się bezsporne kwoty należne od dłużników. Wykazuje się je w bilansie w podziale na następujące podgrupy: należności z ubezpieczeń bezpośrednich (obejmujące należności od ubezpieczających, od pośredników, inne należności), należności z tytułu reasekuracji, inne należności (obejmujące należności od budżetu i pozostałe należności) (załącznik 3 do ustawy o rachunkowości).
- Pozostałe aktywa, obejmujące rzeczowe składniki majątkowe, środki pieniężne, znajdujące się w kasie lub na bieżących rachunkach bankowych oraz pozostałe składniki majątku.
- Rozliczenia międzyokresowe, których zadaniem jest przypisanie określonych dochodów i kosztów do właściwych okresów sprawozdawczych i które obejmują następujące pozycje (*ibidem*): aktywa z tytułu odroczonego podatku dochodowego, aktywowane koszty akwizycji, zarachowane odsetki i czynsze, inne rozliczenia międzyokresowe.

Należne wpłaty na kapitał podstawowy, tj. nieopłacona część kapitału podstawowego, która jednak w zakładach ubezpieczeń może wystąpić tylko w specyficznych sytuacjach. Należy bowiem zauważyć, że zgodnie z art. 80 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, kapitał zakładowy krajowego zakładu ubezpieczeń lub reasekuracji wykonującego działalność w formie spółki

akcyjnej powinien zostać pokryty wkładem pieniężnym i podlega wpłaceniu w całości przed zarejestrowaniem krajowego zakładu ubezpieczeń i krajowego zakładu reasekuracji w Krajowym Rejestrze Sądowym. Natomiast zgodnie z art. 114 ust. 3 cytowanej ustawy kapitał zakładowy towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych powinien zostać pokryty w całości wkładem pieniężnym w terminie 30 dni od dnia zarejestrowania towarzystwa. Zatem pozycja ta może wystąpić głównie w towarzystwach ubezpieczeń wzajemnych.

Akcje własne – w świetle przepisów prawa handlowego spółki nie mogą zasadniczo nabywać akcji lub udziałów własnych. Jednak zakaz ten nie dotyczy sytuacji określonych w art. 362 k.s.h. – dla spółek akcyjnych oraz w art. 200 k.s.h. – dla spółek z o.o., gdzie wskazano m.in. nabycie akcji w celu zapobieżenia bezpośrednio zagrażającej spółce poważnej szkodzie, nabycie akcji, które mają być zaoferowane do nabycia pracownikom lub osobom, które były zatrudnione w spółce lub spółce z nią powiązanej przez okres co najmniej trzech lat, czy nabycie akcji w celu ich umorzenia.

Źródła finansowania składników majątku zakładu ubezpieczeń (pasywa) podzielone zostały w bilansie według kryterium własności na kapitały własne i kapitały obce. Rozmieszczone zostały według przynależności do zakładu ubezpieczeń – od kapitałów własnych, założycielskich, przez długoterminowo związane z zakładem ubezpieczeń, aż do występujących chwilowo i ulegających ciągłym zmianom (zobowiązania).

Zasadniczą pozycję pasywów stanowią kapitały własne, których wartość stanowi zabezpieczenie realizacji zobowiązań zakładu ubezpieczeń, stąd odgrywają bardzo ważną rolę w gospodarce finansowej zakładu ubezpieczeń, wpływając na jego stabilizację i bezpieczeństwo finansowe. Składają się na nie (*ibidem*):

- Kapitał podstawowy.
- Kapitał zapasowy.
- Kapitał z aktualizacji wyceny.
- Pozostałe kapitały rezerwowe.
- Zysk (strata) z lat ubiegłych.
- Zysk (strata) netto.
- Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego (wielkość ujemna).

W strukturze kapitałów własnych najważniejszą rolę odgrywa kapitał podstawowy, wniesiony przez akcjonariuszy przy założeniu zakładu ubezpieczeń lub w wyniku jego podwyższenia. Jest to kwota składająca się z sumy wartości nominalnej akcji i jest utrzymywany przez cały okres trwania zakładu ubezpieczeń, zgodnie z zasadą jego nienaruszalności. Jego wartość nie może być niższa niż nieprzekraczalny dolny próg minimalnego wymogu kapitałowego dla grup ubezpieczeń (art. 80 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Celem tworzenia kapitału zapasowego jest zgromadzenie środków na pokrycie potencjalnych strat bilansowych, o czym decyduje walne zgromadzenie akcjonariuszy. Tworzy się go:

- obligatoryjnie – zgodnie z kodeksem spółek handlowych (art. 396 § 1)[60] z odpisu 8% rocznego zysku netto, aż do czasu, gdy jego wartość nie osiągnie przynajmniej jednej trzeciej wartości kapitału zakładowego,
- fakultatywnie – zgodnie z decyzją akcjonariuszy.

Kapitał zapasowy może zostać również zasilony przez:

- nadwyżkę osiągniętą ze sprzedaży akcji własnych powyżej ich wartości nominalnej, po pokryciu kosztów emisji akcji,
- dopłaty, które uiszczają akcjonariusze w zamian za przyznanie szczególnych uprawnień ich dotychczasowym akcjom, jeżeli te dopłaty nie zostaną użyte na wyrównanie nadzwyczajnych odpisów lub strat.

Kapitał z aktualizacji wyceny obejmuje różnice z tytułu aktualizacji wyceny lokat zaliczonych do aktywów finansowych dostępnych do sprzedaży oraz wynik z przeszacowania środków trwałych.

Kapitały obce obejmują następujące pozycje pasywów (załącznik 3 do ustawy o rachunkowości):

- Zobowiązania podporządkowane, które w razie likwidacji lub upadłości zakładu ubezpieczeń są spłacane po zaspokojeniu wszystkich innych wierzycieli zakładu ubezpieczeń. Stają się wymagalne dopiero po upływie trzech lat i są zabezpieczone majątkiem zakładu ubezpieczeń.
- Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe, które przeznaczane są na pokrycie bieżących i przyszłych zobowiązań, jakie mogą wyniknąć z zawartych umów ubezpieczenia i umów reasekuracji. Wysokość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych z ubezpieczeń bezpośrednich jest ustalana zgodnie z postanowieniami odpowiednich umów ubezpieczenia na podstawie obliczeń i oszacowań zakładu ubezpieczeń (§ 32 ust. 1 rozporządzenia MF)[61], a z reasekuracji czynnej zgodnie z postanowieniami odpowiednich umów reasekuracji na podstawie obliczeń, oszacowań i informacji przedstawionych przez cedentów oraz obliczeń i oszacowań zakładu ubezpieczeń lub zakładu reasekuracji (*ibidem*, § 32 ust. 2).
- Udział reasekuratorów w rezerwach techniczno-ubezpieczeniowych (wartość ujemna).
- Oszacowane regresy i odzyski (wielkość ujemna).
- Pozostałe rezerwy, które obejmują rezerwę na odroczony podatek dochodowy, rezerwę na świadczenia emerytalne i inne obowiązkowe świadczenia na rzecz pracowników, a także inne rezerwy tworzone w zakładzie ubezpieczeń.

[60] Ustawa z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz.U. z 2013 r., poz. 1030 ze zm).

[61] Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz.U. Nr 226, poz. 1825 ze zm.).

- Zobowiązania z tytułu depozytów reasekuracyjnych.
- Pozostałe zobowiązania i fundusze specjalne, które obejmują: zobowiązania z ubezpieczeń bezpośrednich, zobowiązania z tytułu reasekuracji, zobowiązania z tytułu emisji własnych dłużnych papierów wartościowych oraz pobranych pożyczek, zobowiązania wobec instytucji finansowych, fundusze specjalne (fundusz organizacyjny, który jest przeznaczony na pokrycie wydatków związanych z utworzeniem administracji zakładu ubezpieczeń oraz zorganizowaniem sieci przedstawicielstw (art. 279 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej), fundusz prewencyjny, który tworzy się w ciężar kosztów, a jego odpisy nie mogą przekraczać 1% składki przypisanej na udziale własnym w ostatnim roku obrotowym (*ibidem*, art. 278 ust. 2), zakładowy fundusz świadczeń socjalnych).
- Rozliczenia międzyokresowe dotyczące kosztów, które obciążają wynik finansowy bieżącego okresu, będą jednak poniesione w przyszłości, oraz przychodów, które nie mogą podwyższać zysku lub obniżać straty bieżącego okresu. Obejmują one: rozliczenia międzyokresowe kosztów, ujemną wartość firmy, przychody przyszłych okresów.

Zasady prezentacji **wyniku finansowego** określa art. 47 ustawy o rachunkowości, który stanowi, że w rachunku zysków i start wykazuje się oddzielnie przychody i koszty, zyski i straty oraz obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego. Wielkości te należy wykazywać za bieżący i poprzedni rok obrotowy.

Zakłady ubezpieczeń ustalają wynik finansowy z uwzględnieniem ww. zasad, jednak także z uwzględnieniem specyfiki rachunkowości ubezpieczeniowej[62], zgodnie z którą wynik techniczny jest prezentowany w technicznym rachunku ubezpieczeń, a pozostałe elementy wyniku finansowego w ogólnym rachunku zysków i strat. Rachunek techniczny zakłady ubezpieczeń zobligowane są sporządzać dla grup ubezpieczeń (§ 51 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szczególnych zasad rachunkowości), a w zakresie reasekuracji czynnej w podziale na klasy rachunkowe (*ibidem*, § 51 ust. 2). Ustalenie wyniku technicznego i sporządzenie rachunku technicznego stanowi punkt wyjścia do ustalenia wyniku finansowego netto i sporządzenia ogólnego rachunku zysków i strat.

Ustawa o rachunkowości precyzuje składniki tworzące wynik finansowy netto w zakładach ubezpieczeń i zakładach reasekuracji. Są to następujące pozycje:

- wynik techniczny ubezpieczeń,

[62] Szerzej na temat przedmiotu ewidencji w zakładach ubezpieczeń oraz charakterystycznych cech rachunkowości ubezpieczeniowej, zob. [Lament, Piątek, 2008, s. 70 i nast.]. Aktem prawnym regulującym zasady rachunkowości ubezpieczeniowej jest cytowane już rozporządzenie Ministra Finansów z 12 kwietnia 2016 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji, a także: MSSF 4 *Umowy ubezpieczenia*, rozporządzenie Komisji (WE) nr 1165/2009 z dnia 27 listopada 2009 r. zmieniające (WE) nr 1126/2008 przyjmujące określone międzynarodowe standardy rachunkowości zgodnie z rozporządzeniem (WE) nr 1606/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady w odniesieniu do Międzynarodowych Standardów Sprawozdawczości Finansowej MSSF 4 i MSSF 7.

- różnica między przychodami a kosztami z działalności lokacyjnej niezaliczana do wyniku technicznego ubezpieczeń,
- różnica między pozostałymi przychodami a pozostałymi kosztami,
- wynik operacji nadzwyczajnych,
- obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego z tytułu podatku dochodowego, którego podatnikiem jest jednostka, i płatności z nim zrównanych na podstawie odrębnych przepisów (art. 44 ustawy o rachunkowości).

Działalność techniczna jest najbardziej rozbudowanym rodzajem działalności występującym w zakładach ubezpieczeń[63]. Występuje ona w ramach podstawowej działalności operacyjnej i dzieli się na podstawową działalność techniczną i pozostałą działalność techniczną. W ramach podstawowej działalności technicznej oprócz przychodów z tytułu składek ubezpieczeniowych ujmuje się także przychody netto z działalności lokacyjnej przeniesione z ogólnego rachunku zysków i strat – w dziale II, lub ujmuje się przychody i koszty działalności lokacyjnej oraz pozycję przychodów netto przeniesionych do ogólnego rachunku zysków i strat – w dziale I. Zatem wynik z działalności lokacyjnej będzie ujmowany zarówno w ramach wyniku technicznego, jak i w odrębnej pozycji – wynik z działalności lokacyjnej, oczywiście w różnych proporcjach w zależności od działu, w ramach którego funkcjonuje zakład ubezpieczeń.

Wynik finansowy zakładów ubezpieczeń składa się zatem z przychodów i kosztów technicznych oraz pozostałych przychodów i kosztów (nietechnicznych).

Przychody można podzielić na:

- przychody techniczne, obejmujące:
  - składki ubezpieczeniowe,
  - przychody z lokat,
  - pozostałe przychody techniczne,
- przychody nietechniczne, obejmujące:
  - przychody z lokat,
  - pozostałe przychody operacyjne,
  - zyski nadzwyczajne.

Przychody z tytułu składek ubezpieczeniowych mogą być rozpatrywane przynajmniej w dwóch kategoriach:

- jako składki przypisane, tj. wynikające z zawartych umów ubezpieczenia, należne w okresie sprawozdawczym niezależnie od tego, czy kwoty te opłacono (w dziale I oraz w dziale II, jeśli długość okresu odpowiedzialności nie jest określona), lub należne za cały okres odpowiedzialności, niezależnie od jego długości niezależnie od tego, czy kwoty te opłacono (w dziale II, jeśli długość okresu odpowiedzialności jest określona) (§ 2 ust. 1 pkt 15 rozporządzenia w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji);

[63] Szerzej na temat pozycji wynikowych zakładu ubezpieczeń, zob. [Chmielowiec-Lewczuk, 2014].

- jako składki zarobione na udziale własnym, tj. składki przypisane w okresie sprawozdawczym, pomniejszone o stan rezerwy składek na koniec okresu sprawozdawczego i powiększone o stan rezerwy składek na początku okresu sprawozdawczego (*ibidem*, § 2 ust. 1 pkt 16 i 17) – jest to faktyczny przychód zakładów ubezpieczeń.

Przychody z lokat obejmują przychody z tytułu odsetek, czynszów, dywidend i innych pożytków pobieranych w związku z posiadanymi przez zakład ubezpieczeń lokatami. Należy zwrócić uwagę, że pozycja ta występuje zarówno wśród przychodów technicznych, czyli w technicznym rachunku ubezpieczeń, jak również w ogólnym rachunku zysków i strat. Sposób ujęcia uzależniony jest od działu, w którym funkcjonuje zakład ubezpieczeń. W dziale I przychody i koszty działalności lokacyjnej ujmowane są w technicznym rachunku ubezpieczeń, natomiast do ogólnego rachunku zysków i strat przenosi się przychody z lokat wolnych środków[64]. W dziale II przychody i koszty działalności lokacyjnej ujmowane są w ogólnym rachunku zysków i strat, z wyjątkiem przychodów z lokat odpowiadających rezerwie na skapitalizowaną wartość rent oraz rezerwie na premie i rabaty dla ubezpieczonych, które są przenoszone do technicznego rachunku ubezpieczeń (*ibidem*, § 25 ust. 1 i 2).

Pozostałe przychody techniczne obejmują odsetki z tytułu nieterminowego regulowania składek ubezpieczeniowych, wszelkiego rodzaju opłaty dodatkowe oraz odsetki od depozytów reasekuracyjnych z tytułu reasekuracji czynnej.

Pozostałe przychody operacyjne, podobnie jak w pozostałych podmiotach, obejmują przede wszystkim przychody z tytułu sprzedaży środków trwałych oraz otrzymane kary i darowizny (zob. art. 3 ust. 1 pkt 32 ustawy o rachunkowości).

Zyski nadzwyczajne dotyczą zdarzeń losowych, tj. o charakterze nagłym, trudnym do przewidzenia, pozostających poza ryzykiem działalności operacyjnej, oraz zdarzeń nietypowych, np. związanych z upadłością zakładu ubezpieczeń (*ibidem*, art. 3 ust. 1 pkt 33).

Koszty występujące w zakładach ubezpieczeń można podzielić podobnie jak przychody na:

- techniczne, obejmujące: odszkodowania i świadczenia, zmianę stanu pozostałych rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, koszty działalności ubezpieczeniowej, koszty działalności lokacyjnej, pozostałe koszty techniczne,
- nietechniczne, obejmujące: koszty działalności lokacyjnej, pozostałe koszty operacyjne, straty nadzwyczajne.

Największy wpływ na wynik finansowy wywierają koszty techniczne – przede wszystkim odszkodowania i świadczenia oraz koszty działalności ubezpieczeniowej.

[64] § 24 ust. 2 rozporządzenia w sprawie szczególnych zasad rachunkowości przez lokaty wolnych środków rozumie lokaty nieuznane przez kierownika jednostki za lokaty stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, zob. § 2 ust. 1 pkt 33 i 34 rozporządzenia Ministra Finansów z 12 kwietnia 2016 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji.

Odszkodowania i świadczenia jako pozycja ujęta na wyniku finansowym obejmują odszkodowania i świadczenia wypłacone wraz z kosztami likwidacji szkód (np. koszty ekspertyz i atestów związanych z oceną zaistniałej szkody, koszty obsługi procesu likwidacji szkody, koszty postępowań regresowych i windykacyjnych), skorygowane o udział reasekuratorów w odszkodowaniach i świadczeniach oraz o zmianę stanu rezerwy na niewypłacone odszkodowania i świadczenia na udziale własnym oraz o uzyskane regresy i zwroty odszkodowań (załącznik 2 do rozporządzenia w sprawie szczególnych zasad rachunkowości).

Koszty działalności ubezpieczeniowej obejmują koszty akwizycji (koszty działalności ubezpieczeniowej lub działalności reasekuracyjnej niezaliczone do kosztów akwizycji, odszkodowań i świadczeń, kosztów likwidacji szkód i windykacji regresów, kosztów poniesionych w celu uzyskania dotacji lub kosztów działalności lokacyjnej, związane z inkasem składek, zarządzaniem portfelem umów ubezpieczenia, zarządzaniem portfelem umów reasekuracji oraz ogólnym zarządzaniem zakładem ubezpieczeń albo zakładem reasekuracji, np. amortyzacja, zużycie materiałów, wynagrodzenia) (*ibidem*, § 2 ust. 1 pkt 22) skorygowane o otrzymane prowizje reasekuracyjne.

Koszty akwizycji podlegają rozliczeniu w czasie. Zgodnie z PSR (Polskie Standardy Rachunkowości) rozliczeniu podlegają jedynie te, które wiążą się z przychodami następnych okresów sprawozdawczych, natomiast zgodnie z MSSF 4 *Umowy ubezpieczenia* odroczeniu podlegają tylko zmienne koszty akwizycji.

Przychody i koszty dotyczące lat ubiegłych, ujawnione po terminie sporządzenia sprawozdania finansowego za okres, którego dotyczą, jeśli nie są istotne (w myśl art. 54 ust. 3 ustawy o rachunkowości), ujmuje się w rachunku zysków i strat roku, w którym zostały ujawnione. Nie wykazuje się także przychodów i kosztów służących korekcie istotnych błędów lat ubiegłych (art. 54 ust. 3 ustawy o rachunkowości) oraz przychodów i kosztów ze sprzedaży lub straty na umorzeniu akcji własnych spółek kapitałowych (*ibidem*, art. 36a). Pozycje te nie wpływają na wynik finansowy, lecz są odnoszone na kapitał własny jednostki.

Zasady sporządzania **rachunku przepływów pieniężnych** zostały uregulowane w ustawie o rachunkowości, a także w Krajowym Standardzie Rachunkowości nr 1[65]. Rachunek przepływów pieniężnych obrazuje wpływy i wydatki środków pieniężnych w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą, umożliwiając określenie zmian sytuacji finansowej z tytułu przepływu strumieni pieniężnych. Zawiera dwie podstawowe kategorie informacji dotyczące: źródeł gromadzenia (wpływu) środków oraz kierunków ich wykorzystania (wydatków). Przy jego sporządzaniu obowiązuje zasada kasowa, a więc uwzględnia się wyłącznie zrealizowane wpływy, czyli przychody i rozchody (wydatki) środków pieniężnych, które zostały poniesione. Komplikuje to jednak jego sporządzanie, ponieważ zgodnie

[65] Zob. uchwała nr 5/11 Komitetu Standardów Rachunkowości z dnia 10 maja 2011 r. w sprawie przyjęcia poprawionego krajowego standardu rachunkowości nr 1 *Rachunek przepływów pieniężnych*.

z ustawą o rachunkowości dominuje zasada memoriału (przychody i koszty rejestrowane są w momencie ich osiągnięcia lub wystąpienia, a nie w momencie wpływu lub wypływu gotówki), zgodnie z którą prowadzona jest ewidencja księgowa oraz zestawiany jest bilans i rachunek zysków i strat. Opracowanie rachunku przepływów pieniężnych wymaga więc przejścia od wielkości wyrażonych memoriałowo do ich kasowego (pieniężnego) przedstawienia.

Zgodnie z ustawą o rachunkowości rachunek przepływów pieniężnych w zakładzie ubezpieczeń może zostać sporządzony **tylko za pomocą metody bezpośredniej** (polega na zaprezentowaniu poszczególnych grup rzeczywistych wpływów i wydatków pieniężnych), mimo że dla innych podmiotów gospodarczych dopuszczana jest również metoda pośrednia (polega na wyjściu od zysku netto, lub według niektórych standardów od zysku z działalności operacyjnej, i dokonaniu odpowiednich korekt, tak aby wyeliminować wszystkie elementy, które wpłynęły na wynik finansowy, a nie miały charakteru pieniężnego) (art. 48b ust. 1 ustawy o rachunkowości).

W rachunku przepływów pieniężnych wyróżnia się następujące strumienie przepływów:

- operacyjne,
- lokacyjne,
- finansowe.

Do wpływów i wydatków o charakterze operacyjnym można zaliczyć wszelkie wpływy i wydatki z tytułu zawartych umów ubezpieczeniowych, umów reasekuracji i inne powiązane z działalnością ubezpieczeniową. W szczególności w rachunku przepływów pieniężnych wyodrębnia się następujące wpływy i wydatki o charakterze operacyjnym (załącznik 3 do ustawy o rachunkowości):

- z działalności bezpośredniej oraz reasekuracji czynnej,
- z reasekuracji biernej,
- z pozostałej działalności operacyjnej.

Przepływy pieniężne netto z działalności lokacyjnej (inwestycyjnej) to różnica między wpływami i wydatkami z działalności lokacyjnej (inwestycyjnej), dotycząca w szczególności zakupu lub zbycia lokat, a także otrzymanych przychodów z działalności lokacyjnej oraz poniesionych kosztów.

Przepływy pieniężne netto z działalności finansowej to różnica między wpływami i wydatkami z działalności finansowej dotycząca w szczególności emisji akcji, dywidend, pożyczek.

Niezrealizowane zyski i straty z tytułu różnic kursowych nie stanowią przepływów środków pieniężnych. Jednakże skutki zmian kursów wymiany dotyczące środków pieniężnych i ekwiwalentów środków pieniężnych posiadanych przez jednostkę gospodarczą lub przypadających do zapłaty w walucie obcej wykazuje się w rachunku przepływów pieniężnych w celu uzgodnienia kwot środków pieniężnych na koniec i na początek okresu. Kwotę tę prezentuje się odrębnie od prze-

pływów środków pieniężnych z działalności operacyjnej, inwestycyjnej oraz finansowej i uwzględnia w niej różnice (jeżeli takie występują) z tytułu wykazania tych przepływów środków pieniężnych po kursie wymiany obowiązującym na koniec okresu.

Rachunek przepływów pieniężnych dostarcza informacji na temat kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń, przede wszystkim w zakresie jego płynności i wypłacalności. Informacje te są niezwykle ważne, chociażby dlatego, że bardzo często podmioty gospodarcze, mimo że osiągają zysk, są niewypłacalne, gdyż nie dysponują odpowiednimi środkami pieniężnymi. Rachunek przepływów pieniężnych pokazuje, co się dzieje z zasobami pieniężnymi, w wyniku czego możliwa jest ocena zdolności płatniczej jednostki[66].

Kapitał w zakładzie ubezpieczeń jest źródłem finansowania jego podstawowej działalności, czyli działalności ubezpieczeniowej, dlatego dla rozwoju i funkcjonowania zakładu ubezpieczeń ważna jest zarówno struktura, jak i wielkość kapitału. **Zestawienie zmian w kapitale własnym** to ta część sprawozdania finansowego, która przez dostarczenie informacji o kapitale własnym przyczynia się do ulepszania procesu zarządzania finansami. Dzieje się tak ze względu na ujmowanie nie tylko zdarzeń danego okresu obrachunkowego, ale także konieczność odniesienia do przyszłości, np. przez określenie zasad podziału zysku czy pokrycia straty.

Po przedstawieniu wielkości kapitału własnego na początek okresu wraz z korektą błędów wyszczególnione są zmiany w kapitale podstawowym, które mogą dotyczyć zarówno zwiększenia, jak i zmniejszenia kapitału. Wyodrębnia się tutaj głównie zwiększenia oraz zmniejszenia z tytułu emisji akcji.

Kolejnym elementem zestawienia zmian w kapitale własnym jest zestawienie zmian w kapitale zapasowym. W tym przypadku elementem, który ma wpływ na wielkość tego kapitału, jest przede wszystkim emisja akcji powyżej wartości nominalnej, gdzie z różnicy między ceną emisyjną a ceną nominalną tworzony jest kapitał zapasowy. Wpływ na wielkość tego kapitału ma również zysk lub strata. Zysk zwiększa wartość kapitału zapasowego, natomiast stratę należy pokryć z tej części kapitału własnego.

Następny rodzaj kapitału własnego to kapitał z aktualizacji wyceny. Powstaje on wskutek przeszacowania środków trwałych oraz inwestycji długoterminowych. Zwiększenie ich wartości powoduje wzrost wielkości tego kapitału, natomiast zwiększenie umorzenia tych aktywów trwałych powoduje spadek tego rodzaju kapitału.

Poza powyższymi pozycjami na kapitał własny wpływ mają zmiany w pozostałych kapitałach rezerwowych oraz zyski i straty.

Zestawienie zmian w kapitale własnym jest niewątpliwie istotnym elementem sprawozdania finansowego, pozwalającym znacznie szerzej przeanalizować kierunki przepływów kapitałowych w zakładzie ubezpieczeń, co ze względu na

[66] Szerzej na temat rachunku przepływów pieniężnych, zob. [Chmielowiec-Lewczuk, 2010].

funkcjonowanie zakładów ubezpieczeń w ramach grup kapitałowych ma duże znaczenie, choć należy zauważyć, że wówczas jego układ jest inny w związku z zastosowaniem MSR/MSSF. Warto także zwrócić uwagę, że sprawozdanie to pozwala bardziej dokładnie przeanalizować wyniki działalności przez uwzględnienie także tych odniesionych bezpośrednio na kapitał własny z pominięciem wyniku finansowego, co się wiąże z nowym spojrzeniem na kategorię łącznych zysków, którą definiują MSSF jako przyrost lub spadek aktywów netto (kapitałów własnych) skorygowany o wartość transakcji przeprowadzonych z właścicielami.

Informacja dodatkowa – jako część sprawozdania finansowego zakładu ubezpieczeń – ma na celu głównie zapewnienie jej użytkownikom objaśnień niezbędnych do różnych analiz ekonomiczno-finansowych. Składa się z dwóch części:

- wprowadzenia do sprawozdania finansowego,
- informacji dodatkowych i objaśnień.

Wprowadzenie do sprawozdania finansowego obejmuje opis przyjętych zasad (polityki) rachunkowości, w tym metod wyceny aktywów i pasywów oraz sporządzania sprawozdania finansowego w zakresie, w jakim ustawa o rachunkowości pozostawia jednostce prawo wyboru, a także przedstawienie przyczyn i skutków ich ewentualnych zmian w stosunku do roku poprzedzającego. Oprócz tego zawiera podstawowe dane dotyczące zakładu ubezpieczeń, określenie okresu objętego sprawozdaniem finansowym oraz informacje o podmiotach, których sprawozdania wchodzą w skład sprawozdania łącznego. Należy również umieścić w nim deklarację zdolności jednostki do kontynuowania działalności i ewentualną informację o poważnych jej zagrożeniach.

Zakres szczegółowy informacji, które powinny zostać ujęte we wprowadzeniu do sprawozdania finansowego zakładu ubezpieczeń, został określony w załączniku 4 do rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji.

Dodatkowe informacje i objaśnienia, określone także w załączniku 4 do cytowanego rozporządzenia, dotyczą przede wszystkim: lokat, depozytów u cedentów, zobowiązań z tytułu depozytów reasekuratorów, zobowiązań podporządkowanych, należności i zobowiązań, rachunkowości instrumentów pochodnych zabezpieczających wartość aktywów stanowiących pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, kapitałów własnych, rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, innych pozycji aktywów i pasywów, jeżeli ich udział w sumie bilansowej jednostki jest istotny, składek ubezpieczeniowych, przebiegu procesów likwidacji szkód, rozliczeń podatkowych, przychodów i kosztów działalności lokacyjnej, kosztów działalności zaniechanej, wynagrodzeń, transakcji z członkami zarządu i organów nadzorczych jednostki, transakcji ze spółkami powiązanymi kapitałowo, istotnych transakcji zawartych przez jednostkę na innych warunkach niż rynkowe, zawartych przez zakład ubezpieczeń umów nieuwzględnionych w bilansie w zakresie niezbędnym do oceny ich wpływu na sytuację majątkową i wynik finansowy jednostki.

Z przedstawionego powyżej zakresu informacji dodatkowych wynika, że jest on bardzo szeroki i w zasadzie dopiero analiza tego elementu sprawozdania pozwala na uzyskanie pełnego obrazu sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń.

3.5.3. Wykorzystanie analizy wskaźnikowej do oceny sytuacji finansowej

Wskaźniki finansowe wykorzystywane do oceny sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń mogą być grupowane wg różnych kryteriów, co wynika z możliwości zestawiania różnych kategorii finansowych, ujmowanych w różnych relacjach. Najczęściej występujące grupy wskaźników dotyczą oceny[67]:

- rentowności,
- wypłacalności,
- płynności finansowej i zdolności płatniczej,
- sprawności działania i współzależności.

Rentowność to relatywna wielkość wyniku finansowego do innych podstaw obliczeniowych, np. aktywów lub kapitałów. Jest ona wyrazem efektywności i opłacalności prowadzonej działalności gospodarczej.

W ujęciu klasycznym wskaźnikowa analiza rentowności obejmuje trzy podstawowe obszary:

- rentowność sprzedaży – rentowność handlowa (*Return On Sales* – ROS),
- rentowność aktywów – rentowność ekonomiczna (*Return On Assets* – ROA),
- rentowność kapitałów własnych – rentowność finansowa *(Return On Equity* – ROE).

Tabelaryczne zestawienie wskaźników rentowności wykorzystywanych do oceny rentowności zakładu ubezpieczeń przedstawiono w tabeli 3.10.

Wypłacalność to długoterminowa zdolność do terminowego regulowania zobowiązań. Wiąże się z realizacją dwóch podstawowych warunków:

- terminowe regulowanie zobowiązań,
- posiadanie aktywów w wysokości umożliwiającej pokrycie w całości wszystkich zobowiązań.

[67] Na temat kryteriów podziału wskaźników finansowych wykorzystywanych do oceny sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń, zob. [Lisowski, 2010; Jończyk i in., 2006; Lament, 2013b].

Tabela 3.10. Wskaźniki rentowności

Nazwa wskaźnika	Sposób wyliczania
1. Wskaźnik zyskowności działalności na bazie składki brutto	Zysk netto · 100% / Składka przypisana brutto
2. Wskaźnik zyskowności działalności na udziale własnym	Zysk netto · 100% / Składka przypisana na udziale własnym
3. Wskaźnik rentowności działalności technicznej	Wynik techniczny · 100% / Składka zarobiona na udziale własnym
4. Wskaźnik rentowności aktywów (ROA)	Zysk netto · 100% / Aktywa ogółem
5. Wskaźnik rentowności działalności lokacyjnej	Dochód z lokat · 100% / Średnioroczna wartość lokat
6. Wskaźnik rentowności kapitałów własnych (ROE)	Zysk netto · 100% / Kapitały własne

Źródło: opracowanie własne na podstawie zestawu wskaźników wykorzystywanych do oceny sytuacji finansowej zakładów ubezpieczeń przez Komisję Nadzoru Finansowego oraz przez biegłych rewidentów przy badaniu sprawozdania finansowego.

Zestawienie wskaźników finansowych wykorzystywanych do oceny wypłacalności zakładów ubezpieczeń wg założeń *Solvency I* przedstawiono w tabeli 3.11.

Tabela 3.11. Wskaźniki wypłacalności

Nazwa wskaźnika	Sposób wyliczania
1. Wskaźnik monitorowania działalności	Środki własne · 100% / max (margines wypłacalności, kapitał gwarancyjny)
2. Wskaźnik pokrycia rezerw	Aktywa na pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych / Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe
3. Współczynnik wypłacalności	Środki własne · 100% / Składka przypisana na udziale własnym

Źródło: opracowanie własne na podstawie zestawu wskaźników wykorzystywanych do oceny sytuacji finansowej zakładów ubezpieczeń przez Komisję Nadzoru Finansowego oraz przez biegłych rewidentów przy badaniu sprawozdania finansowego.

Istotne zmiany w sposobie określania wypłacalności zakładów ubezpieczeń spowodowało wejście w życie (1 stycznia 2016 r.) regulacji systemu *Solvency II* (opartego na trzech filarach: wymogi kapitałowe – nadzór kwantytatywny, proces analizy nadzorczej – nadzór kwalifikowany, dyscyplina rynkowa – transparentność), zgodnie z którym ocena wypłacalności powinna uwzględniać indywidualne cechy konkretnego zakładu ubezpieczeń, w tym również o charakterze jakościowym, a wymogi kapitałowe związane z całkowitym ryzykiem zakładu ubezpieczeń

wyznacza się na drodze agregacji wymogów kapitałowych z tytułu rozpoznanych czynników ryzyka, na które jest on narażony. Istotne znaczenie będą miały zatem wewnętrzne modele oceny wypłacalności, dostosowane do indywidualnego profilu ryzyka zakładu ubezpieczeń[68].

Płynność finansowa może być definiowana w różnoraki sposób. Można wyróżnić dwa jej aspekty:

- płynność w postaci majątkowej,
- płynność w postaci majątkowo-kapitałowej [Wędzki, 2002, s. 33].

Płynność finansowa w pierwszym wymiarze oznacza umiejętność firmy do zamiany swoich aktywów na gotówkę w możliwie krótkim okresie, przy jednoczesnym ograniczeniu lub eliminacji utraty ich wartości. Aspekt drugi jest uważany za bardziej powszechny – płynność finansowa jest tu rozumiana jako zdolność firmy do regulowania zobowiązań krótkoterminowych w pewnym określonym przedziale czasu [Sierpińska, Jachna, 2007, s. 79]. Im większy jest udział aktywów charakteryzujących się dużą płynnością, tym większa zdolność firmy do regulowania zobowiązań (i na odwrót). Najczęściej występujące wskaźniki płynności finansowej i zdolności płatniczej wykorzystywane do oceny sytuacji finansowej zakładów ubezpieczeń przedstawiono w tabeli 3.12.

Wskaźniki sprawności działania stosowane są do pomiaru aktywności zakładu ubezpieczeń w zakresie wykorzystania posiadanych zasobów. Ogólnie można wśród nich wyróżnić następujące grupy[69]:

- Wskaźniki obrazujące wzrost określonych pozycji przychodów i kosztów bądź aktywów i pasywów, np. wskaźniki dynamiki składki ubezpieczeniowej, kosztów działalności ubezpieczeniowej, lokat, rezerw techniczno-ubezpieczeniowych itp. Niektóre pozycje finansowe mogą być analizowane zarówno w ujęciu brutto, jak i na udziale własnym, tj. skorygowane o udziały reasekuratorów.
- Wskaźniki aktywności gospodarczej oparte na kosztach, będące relacją kosztów do przychodów. W tej grupie znajdują się np. wskaźniki: szkodowości brutto/ na udziale własnym, kosztów akwizycji, kosztów administracyjnych, kosztów działalności ubezpieczeniowej brutto/ na udziale własnym, kosztów technicznych na udziale własnym itp. Wskaźniki te obrazują efektywność gospodarowania, a także zdolność do kontroli i obniżki kosztów.
- Wskaźniki rotacji aktywów, które określają, ile razy sprzedaż jest większa od aktywów posiadanych przez zakład ubezpieczeń. Można oczywiście ustalić wskaźniki rotacji aktywów ogółem, bądź też wybranych ich elementów.

[68] Szerzej na temat zasad oceny wypłacalności wg założeń *Solvency II*, zob. [Wanat, 2014; Kurek, 2011; Czerwińska, 2013a; Ryngwelska, 2010; Wartini, 2011; Lament, 2013a].

[69] Rodzaje wskaźników sprawności działania zostały dopasowane do specyfiki działalności zakładu ubezpieczeń. W analizie wskaźnikowej przedsiębiorstw wskaźniki sprawności działania dzielą się na następujące trzy grupy: (1) wskaźniki oparte na kosztach wytwarzania w przedsiębiorstwie, (2) wskaźniki rotacji, (3) wskaźniki gospodarowania zasobami, zob. [Sierpińska, Jachna, 2007, s. 95].

Tabela 3.12. Wskaźniki płynności finansowej i zdolności płatniczej

Nazwa wskaźnika	Sposób wyliczania
1. Wskaźnik płynności finansowej	Płynne środki finansowe* · 100% / Składka przypisana brutto
2. Wskaźnik zamrożenia środków	(Środki trwałe + lokaty długoterminowe) · 100% / Kapitały i fundusze własne + rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe na udziale własnym
3. Wskaźnik zdolności płatniczej brutto	(Zobowiązania + rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe brutto) · 100% / Płynne środki finansowe
4. Wskaźnik zdolności płatniczej na udziale własnym	(Zobowiązania + rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe na udziale własnym) · 100% / Płynne środki finansowe

*Do płynnych środków finansowych zalicza się: środki pieniężne w obrocie (w kasie, na rachunku bankowym i in.), terminowe wkłady pieniężne w bankach (na okres do 12 miesięcy), lokaty w papierach wartościowych o bieżącej płynności (akcje notowane na giełdzie, bony skarbowe i in.).

Źródło: opracowanie własne na podstawie zestawu wskaźników wykorzystywanych do oceny sytuacji finansowej zakładów ubezpieczeń przez Komisję Nadzoru Finansowego oraz przez biegłych rewidentów przy badaniu sprawozdania finansowego.

Wśród wskaźników sprawności działania szczególne miejsce w ocenie sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń zajmują wskaźniki:

- szkodowości brutto/na udziale własnym,
- mieszany (łączony),
- operacyjny.

Sposób ich wyliczania przedstawiono w tabeli 3.13.

Wskaźnik szkodowości pozwala dokonać oceny rentowności operacji ubezpieczeniowych i stanowi sprawdzian prawidłowości kalkulowania składek ubezpieczeniowych. Analizując szkodowość, można stwierdzić, czy stawki taryfowe zostały ustalone prawidłowo, oraz odpowiednio je skorygować lub przedsięwziąć doraźne kroki, mające na celu zmniejszenie liczby i rozmiarów szkód, np. przez zmianę ogólnych warunków ubezpieczenia czy zmianę procedur likwidacji szkód. Im większy jest ten wskaźnik, tym mniejsza rentowność. Analizy tego wskaźnika należy dokonywać w powiązaniu z kosztami działalności ubezpieczeniowej. Jeżeli bowiem wskaźnik kosztów działalności ubezpieczeniowej i wskaźnik szkodowości przekroczą 100%, to ubezpieczenia oferowane przez zakład ubezpieczeń są deficytowe.

Wskaźnik mieszany (łączony) (*combined ratio*) pozwala bardziej precyzyjnie ocenić efektywność funkcjonowania zakładu ubezpieczeń, ponieważ oprócz odszkodowań uwzględnia także koszty działalności ubezpieczeniowej i pozostałe koszty techniczne ponoszone przez zakład ubezpieczeń, a także wypłacone dywidendy. Im mniejsza jego wartość, tym większa efektywność prowadzonej działalności.

Tabela 3.13. Sposób wyliczania wskaźników szkodowości, mieszanego i operacyjnego

Nazwa wskaźnika	Sposób wyliczania
1. Wskaźnik szkodowości brutto	(Odszkodowania i świadczenia wypłacone brutto +/– zmiana stanu rezerw na niewypłacone odszkodowania i świadczenia brutto) · 100% / Składka zarobiona brutto
2. Wskaźnik szkodowości na udziale własnym	(Odszkodowania i świadczenia wypłacone na udziale własnym +/– zmiana stanu rezerw na niewypłacone odszkodowania i świadczenia na udziale własnym) · 100% / Składka zarobiona na udziale własnym
3. Wskaźnik mieszany (łączony)	(Odszkodowania wypłacone na udziale własnym + koszty działalności ubezpieczeniowej na udziale własnym + pozostałe koszty techniczne na udziale własnym + dywidendy wypłacone) · 100% / Składka zarobiona na udziale własnym
4. Wskaźnik operacyjny	Wskaźnik mieszany (łączony) – wskaźnik inwestycyjny Dochód z lokat · 100% / Składka zarobiona na udziale własnym

Źródło: opracowanie własne na podstawie zestawu wskaźników wykorzystywanych do oceny sytuacji finansowej zakładów ubezpieczeń przez Komisję Nadzoru Finansowego oraz przez biegłych rewidentów przy badaniu sprawozdania finansowego.

Można go potraktować jako kombinację dwóch wskaźników:

- A – wskaźnika szkodowości na udziale własnym (Odszkodowania na udziale własnym[70] · 100% / Składka zarobiona na udziale własnym),
- B – wskaźnika pozostałych kosztów (Koszty działalności ubezpieczeniowej na udziale własnym + pozostałe koszty techniczne na udziale własnym + wypłacone dywidendy · 100% / Składka zarobiona na udziale własnym).

Wskaźnik operacyjny to kombinacja wskaźnika mieszanego (A + B) i wskaźnika inwestycyjnego (C – Dochód z lokat / Składka zarobiona na udziale własnym).

Formuła wskaźnika operacyjnego jest następująca:

$$A + B - C$$

Jest to zatem kombinacja trzech wskaźników, która pozwala ustalić przyczyny niezadowalającego poziomu efektywności funkcjonowania zakładu ubezpieczeń. Mogą one być następujące:

- zbyt wysoka szkodowość,
- za wysokie koszty działalności,
- za mały zwrot z inwestycji (lokat).

Wskaźnik operacyjny powinien się kształtować na poziomie poniżej 100%.

Wskaźniki współzależności dotyczą oceny relacji finansowych istotnych z punktu widzenia zarządzania zakładem ubezpieczeń. Są związane głównie z po-

[70] Przez odszkodowania na udziale własnym należy rozumieć odszkodowania i świadczenia wypłacone i skorygowane o udział reasekuratorów w odszkodowaniach i świadczeniach oraz o zmianę stanu rezerwy na niewypłacone odszkodowania i świadczenia na udziale własnym.

ziomem reasekuracji i badają go w odniesieniu do składki ubezpieczeniowej, odszkodowań i świadczeń oraz rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Wskaźniki te określane są jako wskaźniki zatrzymania (retencji) odpowiednio składki ubezpieczeniowej, odszkodowań i świadczeń oraz rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Pokazują, jaka część wymienionych pozycji pozostaje w zakładzie ubezpieczeń po przekazaniu części wynikającej z zawartych umów reasekuracyjnych. Zarówno zbyt wysoka wartość wskaźników zatrzymania, jak i zbyt niska mogą budzić niepokój, świadczą bowiem o nieodpowiednim programie reasekuracyjnym.

Efektywność reasekuracji można ocenić, porównując wskaźnik zatrzymania składki ze wskaźnikiem zatrzymania odszkodowań i świadczeń. Jeśli wskaźnik zatrzymania odszkodowań i świadczeń jest niższy od wskaźnika zatrzymania składki, oznacza to, że zakład ubezpieczeń reasekuruje bardziej szkodowe ubezpieczenia niż pozostające na udziale własnym. Jest to sytuacja bardzo korzystna dla zakładu ubezpieczeń.

Zestawienie wskaźników współzależności przedstawiono w tabeli 3.14.

Tabela 3.14. Wskaźniki współzależności

Nazwa wskaźnika	Sposób wyliczania
1. Wskaźnik zatrzymania składki	Składka przypisana na udziale własnym · 100% / Składka przypisana brutto
2. Wskaźnik zatrzymania odszkodowań i świadczeń	Odszkodowania i świadczenia wypłacone na udziale własnym · 100% / Odszkodowania i świadczenia wypłacone brutto
3. Wskaźnik zatrzymania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych	Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe na udziale własnym · 100% / Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe brutto

Źródło: opracowanie własne na podstawie zestawu wskaźników wykorzystywanych do oceny sytuacji finansowej zakładów ubezpieczeń przez Komisję Nadzoru Finansowego oraz przez biegłych rewidentów przy badaniu sprawozdania finansowego.

Słowa kluczowe

- Płynność finansowa
- Rentowność
- Sprawozdawczość finansowa
- Wskaźnik operacyjny
- Wskaźnik szkodowości
- Wskaźniki współzależności
- Wypłacalność zakładu ubezpieczeń

Pytania kontrolne

1. Podmioty zainteresowane oceną sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń.
2. Jakie obowiązki sprawozdawcze posiada zakład ubezpieczeń?

3. Jakie są podstawowe elementy składowe bilansu zakładu ubezpieczeń?
4. Jakie elementy składowe tworzą wynik finansowy w zakładzie ubezpieczeń?
5. Jakie podstawowe grupy wskaźników finansowych są wykorzystywane do oceny sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń?
6. Jak należy interpretować wskaźnik szkodowości?
7. Na czym polega ocena wypłacalności zakładu ubezpieczeń?

4 Ubezpieczenia na życie

A. Śliwiński

Rozdział dotyczy ubezpieczeń na życie. W pierwszym podrozdziale opisana została specyfika tych ubezpieczeń wynikająca z istoty ryzyka śmierci. Istota ryzyka śmierci w ubezpieczeniach na życie jest opisana w podrozdziale dotyczącym składek ubezpieczeniowych. W podrozdziale tym zaprezentowano także model matematyczny opisujący ryzyko śmierci. Scharakteryzowano tablice trwania życia oraz podstawowe funkcje matematyczne, takie jak funkcja trwania życia, intensywność umieralności czy prawdopodobieństwo zgonu. Następnie opisano podstawowe metody kalkulacji składek w ubezpieczeniach na życie. Po części dotyczącej kalkulacji składek zawarto opis poszczególnych rodzajów ubezpieczeń na życie. Część dotycząca opisu rodzajów ubezpieczeń na życie rozpoczyna się od modeli klasycznych (ubezpieczenia na całe życie, ubezpieczenia na dożycie oraz ubezpieczenia mieszane), następnie zaprezentowano specyfikę i konstrukcję ubezpieczeń posagowych oraz nowoczesnych. W ramach ubezpieczeń nowoczesnych opisano ubezpieczenia połączone z funduszem kapitałowym oraz tzw. ubezpieczeniowe produkty strukturyzowane.

4.1. Specyfika ubezpieczeń życiowych

Poprzednie rozdziały podręcznika dotyczyły ubezpieczeń rozumianych jako narzędzie gospodarcze. Podstawową funkcją tych ubezpieczeń jest kompensata skutków finansowych szkód związanych z realizacją określonego ryzyka ubezpieczeniowego. Genezą ubezpieczeń o charakterze majątkowym jest tzw. teoria szkód [Śliwiński, 2002, s. 91]. Według tej teorii wypadek ubezpieczeniowy związany jest z powstaniem określonej straty. Strata ta jest możliwa do oszacowania w jednostkach pieniężnych. Ubezpieczenia na życie mają inny charakter. W celu ich zdefiniowania i określenia należy przytoczyć teorię potrzeb. Według tej teorii ubezpie-

czenia to także wzajemne pokrywanie dających się oszacować pieniężnie potrzeb finansowych. Definicję ubezpieczenia wynikającą z teorii potrzeb podał jako jeden z pierwszych U. Gobbi [Gobbi, 1896, s. 465–476]. Zgodnie z tą definicją ubezpieczenie uwzględnia również utratę możliwości zarobkowania i konieczność poniesienia określonych, związanych z realizacją danego ryzyka wydatków.

Na gruncie teorii potrzeb ubezpieczenia definiował także A. Manes. Określił on ubezpieczenie jako wzajemne pokrywanie, dających się oszacować w pieniądzach, potrzeb licznych, w jednakowym stopniu zagrożonych jednostek [Manes, 1930, s. 2].

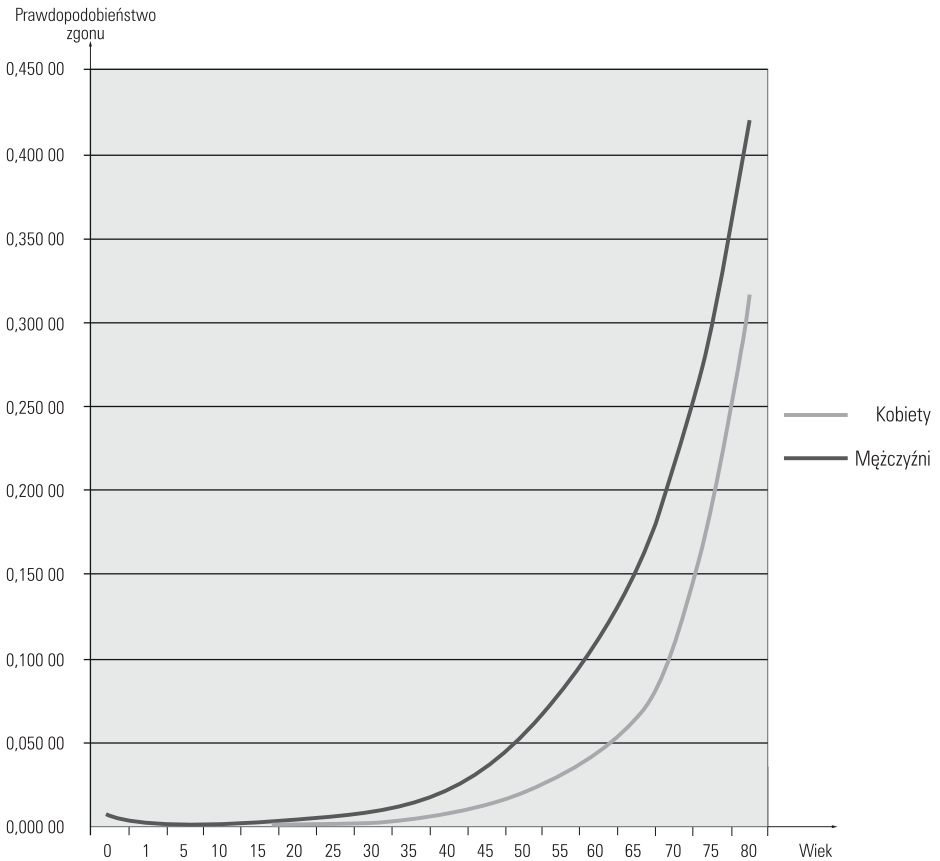
Ubezpieczenia na życie mają specyficzny charakter. Specyfika ta wynika z charakterystyki ryzyka, którego te ubezpieczenia dotyczą. Nadrzędnym celem ubezpieczeń na życie jest zapewnienie rodzinie lub osobom zależnym od ubezpieczonego określonego standardu życia po jego śmierci. Śmierć jest zdarzeniem pewnym. Sam fakt jej nastąpienia nie jest ryzykiem. Natomiast nieznany jest czas jej wystąpienia i ten fakt powoduje, że możemy mówić o ryzyku śmierci. Specyfiką ubezpieczeń na życie jest to, że ochroną objęte jest zdarzenie pewne, ale nieznany jest termin jego wystąpienia. Cechą charakterystyczną ryzyka śmierci jest to, że stopień jego realizacji rośnie wraz z wiekiem osoby ubezpieczonej. Podstawową miarą ryzyka ubezpieczeniowego, jak już wcześniej o tym wspominano, jest prawdopodobieństwo realizacji ubezpieczonego zdarzenia. W przypadku ubezpieczeń na życie podstawową miarą ryzyka śmierci jest prawdopodobieństwo zgonu osoby w danym wieku. Prawdopodobieństwo zgonu osoby w danym wieku rośnie wraz z wiekiem.

Przykładowy rozkład prawdopodobieństwa zgonu w zależności od wieku zaprezentowano na rysunku 4.1.

Cechą, która wyróżnia ubezpieczenia na życie od pozostałych ubezpieczeń, jest tworzenie **rezerwy matematycznej**[1] na przyszłe zobowiązania. Tworzenie tej rezerwy wynika z faktu, że ryzyko ubezpieczeniowe w przypadku ubezpieczeń na życie rośnie wraz z wiekiem ubezpieczonej osoby. Gdyby składka została ustalona według ryzyka aktualnego w okresie opłacania składki, to w zależności od wieku w przybliżeniu wynosiłaby [Stroiński, 1996, s. 23]:

- dla osoby 20-letniej 0,1% sumy ubezpieczenia,
- dla osoby 50-letniej 1,0% sumy ubezpieczenia,
- dla osoby 78-letniej 10,0% sumy ubezpieczenia,
- dla osoby 99-letniej 33% sumy ubezpieczenia.

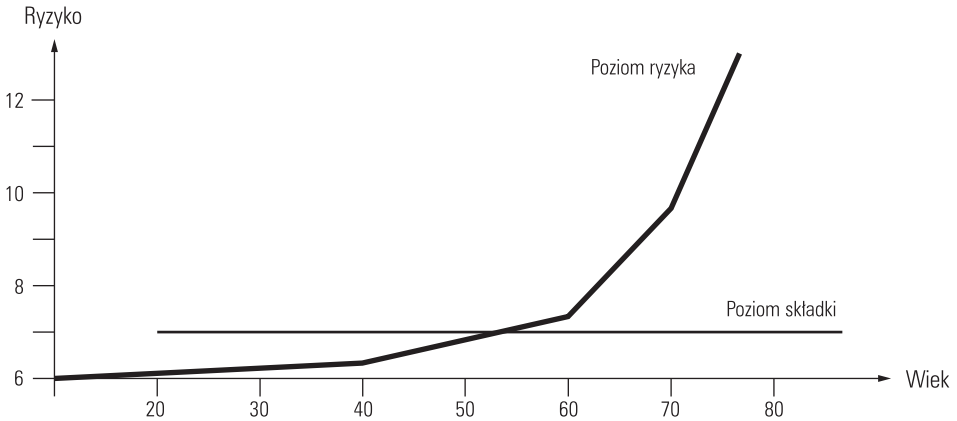
[1] Rezerwa matematyczna to różnica między wartością oczekiwaną przyszłych świadczeń a wartością oczekiwaną przyszłych składek.



Rysunek 4.1. Rozkłady prawdopodobieństwa zgonu mężczyzn i kobiet na terenie Polski. Szacunek oparty na danych z 2006 roku

Źródło: [Śliwiński, 2012, s. 51].

W starszym wieku tak wysokie obciążenie finansowe nie byłoby możliwe. W klasycznym ubezpieczeniu na życie stosuje się jednolitą składkę przez cały okres ubezpieczenia. Zależność między poziomem składki a ryzykiem zaprezentowano na rysunku 4.2. W początkowym okresie ubezpieczeni nadpłacają składkę w stosunku do ryzyka występującego w tym okresie. W okresie końcowym nie dopłacają. Nadpłacona składka tworzy rezerwę matematyczną, która jest wyrównywana niedopłaconą składką w późniejszym okresie.



Rysunek 4.2. Zależność poziomu składki oraz ryzyka ubezpieczeniowego od wieku osoby ubezpieczonej

Źródło: [Stroiński, 1996, s. 23].

Poziom składki zależy od uśrednionego za cały okres ubezpieczenia ryzyka. W nomenklaturze anglosaskiej dla odróżnienia ubezpieczeń terminowych na życie, gdzie składka liczona jest w każdym okresie ubezpieczenia oddzielnie (nie-realizowana jest funkcja oszczędności), ubezpieczenia długoterminowe na życie określa się terminem *leveled premium insurance*. Na wysokość składki ma wpływ rodzaj ubezpieczenia, początkowy wiek ubezpieczonego oraz stan jego zdrowia. Rezerwa matematyczna w ubezpieczeniach na życie nie jest własnością zakładu ubezpieczeń, ale jest własnością ubezpieczonych. Odzwierciedla ona poziom zobowiązań wobec ubezpieczonych, z tym że wykonanie tego zobowiązania może nastąpić nie tylko w razie zrealizowania się ryzyka objętego ubezpieczeniem, ale w każdym czasie, gdy ubezpieczony zechce wycofać swoje wkłady.

W sytuacji gdy okres ubezpieczenia trwa wiele lat, przy ustalaniu jednolitej składki uwzględniane są dwa czynniki:

- wymieralność, czyli ryzyko śmierci w poszczególnych latach,
- stopa oprocentowania, którą będzie można uzyskać z lokat w okresie ubezpieczenia (tzw. techniczna stopa procentowa).

Poza przypadkami, gdy mamy do czynienia z ubezpieczeniami terminowymi, ryzyko zawsze się zrealizuje, a nieznany jest jedynie czas, kiedy to nastąpi. W terminologii angielskiej ubezpieczenia na życie, a ściślej, ta ich część, gdzie ryzyko musi się zrealizować, określana jest terminem *assurance*, zamiast terminem *insurance*.

Z pozoru jednak istnieje pewne podobieństwo ubezpieczenia na życie do oszczędzania (nie dotyczy to ubezpieczeń terminowych na życie). Jednak w ramach zwykłego oszczędzania osoba oszczędzająca może wycofać tylko tyle pieniędzy, ile włoży, plus ustalone oprocentowanie. W ubezpieczeniach na życie, w niektórych

sytuacjach, a mianowicie w razie śmierci lub choroby, ubezpieczony otrzymuje pełną wartość spodziewanych „oszczędności", tzw. sumę ubezpieczenia.

W przypadku ubezpieczeń na życie każda umowa ubezpieczeniowa może zakończyć się na trzy możliwe sposoby:

- śmierć osoby ubezpieczonej – powoduje wypłatę całej sumy ubezpieczenia, nawet wówczas gdy zapłacono dopiero pierwszą miesięczną ratę składki, która z reguły wynosi ułamek procenta tej sumy,
- dożycie końca okresu ubezpieczenia – powoduje wypłatę całej sumy ubezpieczenia, zgodnie z umową,
- przerwanie ubezpieczenia, czyli zaprzestanie opłaty dalszych składek w okresie ubezpieczenia – powoduje częściowy zwrot kapitału i likwidację ubezpieczenia (przerwanie ubezpieczenia można porównać z wycofaniem wkładów oszczędnościowych przed terminem umowy).

Suma ubezpieczenia jest równoznaczna z kwotą planowaną do wypłaty, a nie z kwotą wpłaconych składek wraz z ewentualnymi odsetkami. Przerwanie wpłat składek na skutek realizacji ryzyka objętego ubezpieczeniem powoduje określone konsekwencje. Część składki wpłacanej przez wszystkich ubezpieczonych przeznaczona jest na pokrycie wypłat tzw. nadwyżkowych. Część ta nie stanowi oszczędności ubezpieczonego. Jest wykorzystana do wypłaty świadczeń bieżących innym ubezpieczonym. Część tę nazywa się składką za ryzyko. W przypadku osób młodych, gdy ryzyko śmierci jest niewielkie, część składki za ryzyko jest niewielka, rzędu ułamka procentu. Natomiast w przypadku ubezpieczenia osób starszych lub w średnim wieku i przy dłuższym okresie ubezpieczenia jest to wielkość kilku lub kilkunastu procent.

Warto również zwrócić uwagę na wkład polskich pracowników nauki w przebieg definiowania ubezpieczeń na życie. Na przykład E. Stroiński określa ubezpieczenia na życie, podkreślając charakter czysto ochronny jak i oszczędnościowy. Definiuje ubezpieczenia na życie jako instrument zarówno rozłożenia skutków finansowych, jakie mogą wyniknąć w związku z realizacją ryzyka, które wystąpiło u niektórych osób, ale które groziło wszystkim ubezpieczonym, jak i instrument przemieszczania w czasie i pomnażania środków finansowych osób zawierających ubezpieczenie [Stroiński, 1996, s. 17]. Można stwierdzić, że zacytowana definicja jest najbardziej pełna. Poza oczywistym czynnikiem ochronnym zawiera również element oszczędnościowy, charakterystyczny dla ubezpieczenia na życie. Wobec tego definicja ta obejmuje również ubezpieczenia nowoczesne, połączone z funduszem kapitałowym, gdzie element oszczędnościowy, czy nawet inwestycyjny (pomnażanie środków finansowych), jest niezwykle ważny. Istota podstawowych typów ubezpieczeń na życie oraz ubezpieczeń posagowych i powiązanych z funduszami kapitałowymi jest omówiona dalej.

Pytania kontrolne

1. Jak definiuje się ubezpieczenia na życie według teorii potrzeb?
2. Na czym polega specyfika ubezpieczeń na życie?
3. Z czego wynika specyfika ubezpieczeń na życie?
4. Jakie jest podstawowe ryzyko chronione w ramach ubezpieczeń na życie?
5. Jak zmienia się stopień realizacji ryzyka śmierci wraz z wiekiem ubezpieczonego?
6. Co jest podstawową miarą ryzyka śmierci?
7. Co to jest rezerwa matematyczna i z czego wynika konieczność jej tworzenia?
8. Co oznacza termin *leveled premium*?
9. Jak się nazywa część składki ubezpieczeniowej przeznaczonej na wypłatę świadczeń innym ubezpieczonym, w przypadku gdy zrealizowało się ryzyko?

4.2. Ryzyko i kalkulacja składki w ubezpieczeniach na życie

Podstawową miarą ryzyka śmierci jest prawdopodobieństwo śmierci (zgonu). Prawdopodobieństwo to może być szacowane na podstawie danych empirycznych poprzez estymowanie częstości zgonów lub na podstawie rozkładów teoretycznych. W praktyce ubezpieczeniowej do wyliczenia prawdopodobieństwa śmierci stosuje się tzw. tablice trwania życia. **Tablica trwania życia** jest schematem służącym do wyrażania faktu zgonów w aspekcie prawdopodobieństwa [Keyfitz, 1977]. Może być również interpretowana jako statystyczny model populacji, w którym teoretyczna kohorta lub grupa ludzi urodzonych w tym samym momencie, zamknięta dla ruchów migracyjnych, jest śledzona przez kolejne lata życia, aż do ich śmierci [Balicki, 2006, s. 155]. Rodzaje tablic trwania życia opisano na końcu tego podrozdziału.

Ze względu na fakt, że w ubezpieczeniach na życie ryzyko dotyczy śmierci osoby w danym wieku, czas może być traktowany jako zmienna losowa o charakterze ciągłym. **Zmienna losowa** jest pewną funkcją o wartościach rzeczywistych określoną na przestrzeni zdarzeń elementarnych.

W teorii aktuarialnej[2] tę zmienną losową oznacza się symbolem X. Założenie, że czas trwania życia ludzkiego traktowany jest jako zmienna losowa ciągła, umożliwia stworzenie teoretycznego modelu statystycznego, za pomocą którego można opisać ryzyko śmierci. Przy pomocy tego modelu można także poddać analizie podstawowe funkcje umieralności, takie jak: intensywność umieralności (zgonów) i funkcja trwania życia (pojęcia te zostaną omówione dalej).

[2] Aktuariusz (łac. *actuarius*), specjalista zatrudniany głównie przez firmy ubezpieczeniowe; stosując metody rachunku prawdopodobieństwa i statystyki, oblicza ryzyko wypadków losowych i wysokość związanych z tym składek ubezpieczeniowych, ustala wysokość tzw. rezerw finansowych, konstruuje tzw. tablice wymieralności i inne. Źródło: http://encyklopedia.pwn.pl/haslo.php?id=3867066.

Jak już wspomniano, czas trwania życia noworodka (osoby obecnie w wieku 0 lat) oznacza się przez X. Dystrybuantę tak oznaczonej zmiennej losowej można zapisać w następującej postaci:

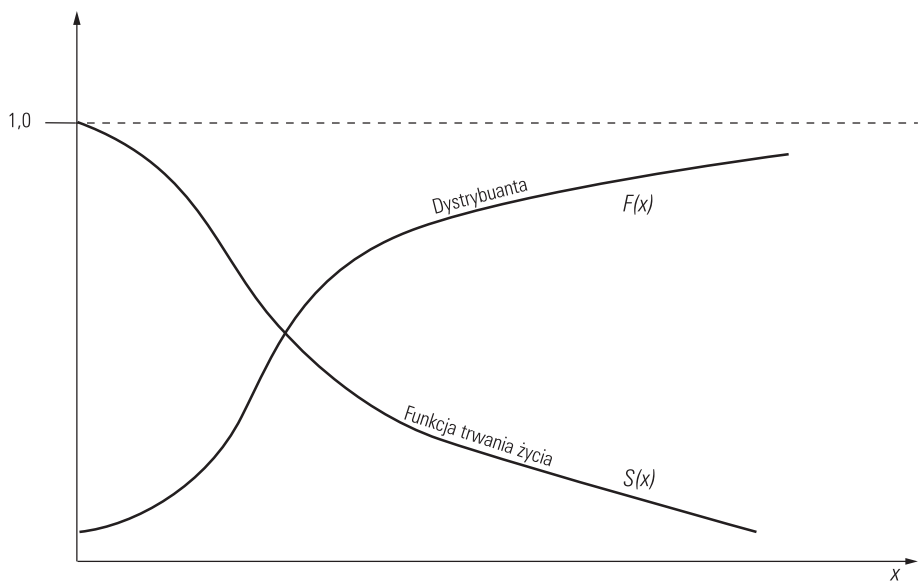
$$F(x) = P(X \leq x); x \geq 0.$$

Dystrybuanta oznacza prawdopodobieństwo, że zmienna losowa X przyjmuje wartości nie większe niż x. Może być więc traktowana jako prawdopodobieństwo zdarzenia polegającego na tym, że śmierć nastąpiła w przedziale wieku $<0, x>$. Zakłada się ponadto, że $F(0) = 0$.

Funkcję trwania życia[3] określa prawdopodobieństwo, że noworodek osiągnie wiek x. Oznacza się ją w następujący sposób:

$$S(x) = 1 - F(x) = P(x > x); x \geq 0.$$

Funkcja ta jest dopełnieniem dystrybuanty do wartości 1. Zależność między dystrybuantą a funkcją trwania życia można przedstawić jak na rysunku 4.3. Funkcja dożycia opisuje rozkład liczby osób, które dożyły wieku x.



Rysunek 4.3. Dystrybuanta i funkcja trwania życia

Źródło: opracowanie własne.

Potrzebne w teorii aktuarialnej wielkości można oszacować, wykorzystując zależności między funkcją trwania życia a dystrybuantą. Na przykład prawdopo-

[3] Funkcję tę określa się również jako funkcję dożycia lub przeżycia. Szerzej [Balicki, 2006, s. 28].

dobieństwo tego, że osoba umrze między wiekiem x a wiekiem z można obliczyć, wykorzystując następujący wzór:

$$P(x < X < z) = F(x) - F(z) = s(z) - s(x).$$

Prawdopodobieństwo tego, że osoba umrze między wiekiem x a wiekiem z, przy założeniu, że dożyje wieku x, można obliczyć, wykorzystując wzór na prawdopodobieństwo warunkowe. Ma on następującą postać:

$$P(x < X < z | X > x) = \frac{F(z) - F(x)}{1 - F(x)} = \frac{s(x) - s(z)}{s(x)}.$$

Czas dalszego trwania życia noworodka, który dożyje wieku x, jest również traktowany jako zmienna losowa. Czas przeżycia osoby w wieku x jest zmienną losową o wartościach z przedziału $<x, w–x>$, gdzie w jest przyjętym wiekiem granicznym. W Polsce wiek graniczny wynosi 110 [Stroiński, 2003, s. 346]. Przyjęto, że wiek ten jest równoważny z wymarciem całej analizowanej populacji.

W dalszej kolejności na potrzeby stworzenia modelu teoretycznego opisującego czas trwania życia ludzkiego założono, że górna granica życia równa jest $+\infty$. Czas ten oznacza się symbolem $T(x)$. Rozkład prawdopodobieństwa zmiennej losowej $T(x)$ można zapisać w postaci:

$$G(t) = P(T(x) \leq t), \ t \geq 0.$$

Całkowity czas trwania życia, czyli pełną liczbę lat, jakie pozostały do przeżycia, traktuje się jako zmienną losową dyskretną. Pełną liczbę lat, które osoba w wieku x przeżyje do śmierci, oznacza się $K(x)$. Wiek osoby nie musi być liczbą całkowitą. Na przykład, jeśli ubezpieczony 37,5-latek umrze w wieku 56 lat, to można zapisać $K(37{,}5) = 18$. Zmienna losowa $K(x)$ jest zmienną o rozkładzie dyskretnym na zbiorze liczb całkowitych nieujemnych. Można to również zapisać:

$$K(x) = [T(x)],$$

gdzie symbol [] oznacza całkowitą część danej liczby.

Rozkład prawdopodobieństwa zmiennej losowej $K(x)$, powiązany z rozkładem zmiennej losowej $T(x)$, można zapisać w następujący sposób:

$$g(k) = P(K(x) = k) = P(k \leq T(x) < k + 1) \ \text{ dla } \ k = 1, 2, 3\ldots . \tag{4.1}$$

Wracając do tablic trwania życia, warto wspomnieć, że w tablicach prezentowane są następujące wielkości:

x – wiek (od 0 do 110 lat),

l_0 – wielkość początkowa populacji żyjących w wieku 0 (najczęściej 100 000),

l_x – liczba dożywających wieku x,

d_x – liczba zmarłych w wieku x,

q_x – prawdopodobieństwo zgonu w ciągu roku dla osoby x-letniej,

p_x – prawdopodobieństwo przeżycia roku przez osobę x-letnią,

T_x – fundusz czasu, jaki mają do przeżycia do końca generacji osoby w wieku x ukończonych lat,

L_x – średnia liczba dożywających wieku x,

e_x – przeciętne dalsze trwanie życia osób w wieku x,

s_x – odchylenie standardowe trwania życia osób w wieku x, czyli rozproszenie czasu trwania życia osób dożywających wieku z lat wokół przeciętnej wartości trwania życia.

Konstrukcja tablic trwania życia opiera się na doświadczeniach z przeszłości dotyczących poziomu umieralności. Umieralność można ocenić poprzez obserwację grupy ludzi n_x w danym wieku x, aż do momentu śmierci ostatniej osoby spośród nich. W ubezpieczeniach na życie wiek ten nazywa się wiekiem granicznym i oznacza symbolem w. Z każdym rokiem określona liczba osób będzie umierać. Liczbę osób zmarłych pomiędzy wiekiem x a $x + 1$ można obliczyć, stosując prostą różnicę $n_x - n_{x+1} = \Delta n_x$. Natomiast stosunek $-\Delta n_x / n_x$ jest tzw. obserwowaną stopą umieralności osób w wieku x. Stopa ta może być również oszacowana z wykorzystaniem liczby żyjących zawartej w tablicy trwania życia ($-\Delta l_x / l_x$). Wykorzystując stopę umieralności, można stworzyć tablicę trwania życia. Punktem wyjścia jest ustalenie populacji początkowej (początkowej liczby żyjących l_0). Następnie, uwzględniając liczbę zmarłych w wieku x, można ustalić liczby dożywających kolejnego okresu aż do wymarcia całej populacji.

Pomiędzy parametrami tablic trwania życia występują następujące zależności: dla wieku $x = 0, 1, 2, \ldots, w$

$$l_0 > l_1 > l_2 > l_3 > \ldots > l_{w-1} > l_w.$$

Liczba osób dożywających kolejnych lat życia zmniejsza się. Dzieje się tak aż do całkowitego wymarcia danej populacji. Tablice trwania życia są niezwykle ważnym instrumentem wykorzystywanym do oceny ryzyka i kalkulacji składek w ubezpieczeniach na życie. Jednym z najważniejszych kryteriów podziału jest rok odniesienia tablicy. Według tego kryterium wyróżnia się tablice bieżące i kohortowe.

Tablice bieżące dotyczą z reguły krótkiego okresu, na przykład roku. Tablica bieżąca tworzona jest na podstawie danych przekrojowych, dlatego też często określana jest mianem tablicy przekrojowej. Dane przekrojowe odnoszą się do zgonów w krótkim czasie oraz liczby ludności żyjącej w środkowym momencie tego okresu. Wykorzystując tablicę bieżącą, można odpowiedzieć na pytanie, jakie byłyby przeciętne liczby dożywających i zmarłych, gdyby utrzymało się obserwowane (aktualne) natężenie zgonów?

Tablice kohortowe reprezentują proces wymierania kohort, czyli populacji ludzi urodzonych w tym samym roku. Tablica ta może być stworzona na podstawie danych kohortowych. W praktyce bardzo trudno zgromadzić takie dane, należałoby tutaj obserwować całą kohortę, a i tak współczynniki zgonów dla kolejnych pokoleń mogą się różnić. Tablice kohortowe wobec tego można stworzyć na bazie danych historycznych. Oczywiście warunkiem jest dostępność danych z ewidencji ludności żyjącej w przeszłości. Wykorzystując tablice kohortowe, można badać trendy śmiertelności lub porównywać jej poziom pomiędzy pokoleniami. Należy

pamiętać, że im starsze pokolenie, tym jego faktyczna śmiertelność różni się od śmiertelności wynikającej z tablic z roku urodzenia tego pokolenia [Balicki, 2006, s. 211].

W praktyce badań demograficznych konstruuje się również tablice pełne i skrócone. Kryterium podziału jest tu szczegółowość ujęcia wieku.

Tablice pełne tworzone są dla rocznych przedziałów wieku od momentu urodzenia do ustalonego wieku. W praktyce aktuarialnej, jak już wspomniano, maksymalny wiek, do którego tworzy się tablice, nazywa się wiekiem granicznym.

W **tablicach skróconych** występują szersze przedziały wieku, zazwyczaj 5- lub 10-letnie. Do ich tworzenia wykorzystywane są dane zagregowane do odpowiednich przedziałów wieku.

Według kolejnego kryterium można wyróżnić tablice surowe i modelowe. Podstawą rozróżnienia jest tu sposób konstrukcji tablic w odniesieniu do rzeczywistości.

Tablice surowe zawierają wielkości oszacowane na podstawie danych empirycznych. Tablica ta może mieć charakter bieżący lub kohortowy. Dane empiryczne pochodzą z obserwacji rzeczywistych. Nie stosuje się tu wygładzania wyników lub jakichkolwiek innych zabiegów matematycznych.

Tablica modelowa jest konstruowana na podstawie przyjętego założenia co do modelu przeżycia lub z wykorzystaniem metod wygładzania osiągniętych wyników na bazie danych rzeczywistych. W ramach tablic modelowych można wyróżnić tablice wyrównane, hipotetyczne oraz perspektywiczne [Bolesławski, 1973].

Tablica wyrównana to taka tablica, której funkcje zostały oszacowane na bazie danych empirycznych, a następnie „wygładzone" za pomocą różnych metod. Wartości funkcji podawane w takiej tablicy pozostają w relacji z wartościami odpowiednich funkcji oszacowanych na bazie danych empirycznych. Z reguły tablice wyrównane stosuje się w tablicach pełnych bieżących. W prezentowanych w dalszej części książki badaniach empirycznych wykorzystano do oszacowania funkcji tablic trwania życia w układzie przestrzennym metodykę stosowaną przez Główny Urząd Statystyczny w Polsce[4].

Tablica hipotetyczna to taka, w której wartości funkcji wynikają z przyjętego modelu. Model z reguły nie odnosi się do danych rzeczywistych, lecz wynika z przyjętego celu tworzenia takiej tablicy (celu badawczego). Tablice hipotetyczne mogą dotyczyć prognoz co do dalszego trwania życia lub porównań międzynarodowych, gdzie w tablicy grupuje się najniższe notowane prawdopodobieństwa zgonu w przekroju międzynarodowym [Wieniecki, 1986].

Tablica perspektywiczna jest tworzona dla przyszłych okresów.

Kolejnym kryterium, według którego można podzielić tablice trwania życia, jest nie tyle wiek, ile przyczyna zgonu. Mówimy wówczas o tzw. **tablicach cząstko-**

[4] Do wyrównywania prawdopodobieństw zgonu stosowane jest ruchome dopasowanie paraboliczne z różną ilością wyrazów. Zob. [GUS. *Tablice trwania życia…*, 2010, s. 37].

wych. W ramach tablic cząstkowych wyróżnia się tablice standardowe i wieloprzyczynowe.

W **tablicy standardowej** ubytek zbiorowości ludzkiej wynika ze zgonu bez względu na jego przyczynę. Tablica ta daje pogląd na śmiertelność, jakiej doświadcza dana zbiorowość. Zgon jest jedynym zdarzeniem losowym, jakie jest uwzględniane. Ze względu na to tablicę standardową często określa się mianem tablicy jednego dekrementu lub pojedynczego ryzyka.

Tablice wieloprzyczynowe w odróżnieniu od tablic standardowych uwzględniają przyczyny zgonu. Pokazują śmiertelność niejako na wielu płaszczyznach.

Na potrzeby aktuarialne wprowadza się jeszcze jeden podział tablic trwania życia. Chodzi o czas trwania określonych osób w danej grupie. Takie tablice mogą na przykład dotyczyć osób ubezpieczonych, które w pewnym sensie zostały wyselekcjonowane z całej populacji. Istnieje duża szansa, że ich śmiertelność jest niższa od całej populacji osób w tym samym wieku. Osoby chore nie przystąpią do długoterminowego ubezpieczenia na życie (*self-selection*). Mówimy wówczas o tzw. **tablicach selektywnych**. W tablicy selektywnej funkcje tablicowe są stopniowane według wieku selekcji. Wiek selekcji może być interpretowany jako warunek szczególny. W tablicy selektywnej liczba $l_{[x]+t}$ oznacza liczbę dożywających wieku $x + t$, ale ze wspomnianym warunkiem dożycia wieku x. Podobnie jest z prawdopodobieństwem zgonu $q_{[x]+t}$, które jest interpretowane jako jednoroczne prawdopodobieństwo zgonu w wieku $x + t$, ale z warunkiem dożycia wieku x. Czas wejścia do grupy decyduje o śmiertelności w kolejnych latach (efekt selekcji). Dla przykładu można rozważyć przypadek dwóch osób, z których jedna została wyselekcjonowana w wieku 40 lat i ma obecnie 50 lat, a druga w wieku 41 lat i ma obecnie również 50 lat. Warunkowe prawdopodobieństwo przeżycia przez te osoby kolejnych n lat można zapisać w sposób następujący:

$$ {}_nP_{[40]+10} = l_{[40]+10+n} / l_{[40]+10} $$

$$ {}_nP_{[41]+9} = l_{[41]+9+n} / l_{[41]+9} $$

Jak widać z powyższych wzorów, wiek wejścia nie ma wpływu na prawdopodobieństwo przeżycia kolejnych n lat. Prawdopodobieństwa te będą sobie równe pod warunkiem, że upływ czasu t zatrze różnicę w przebiegu procesu wymierania. W pewnym czasie przestaje być ważny wiek selekcji, a istotny staje się wiek aktualny. Okres, w przeciągu którego czas selekcji jest ważny, nazywa się okresem selekcji. Okres selekcji z reguły nie przekracza 15 lat [Brown, 1993].

W praktyce ubezpieczeniowej wykorzystuje się także tablice trwania życia, takie jak **ostateczna i zagregowana**. Tablica ostateczna stanowi niejako wspólną część tablicy dla osób w każdym wieku pozostających w grupie ubezpieczonych w okresie równym co najmniej okresowi selekcji. Jeśli założymy, że okres selekcji wynosi 5 lat, oznacza to, że dla osób, które przeżyły 5 lat i więcej od momentu wstępu do ubezpieczenia, śmiertelność jest funkcją już tylko osiągniętego wieku.

Natomiast tablicę trwania życia, gdzie wartości funkcji tablicowych zależą tylko od osiągniętego wieku, nazywa się tablicą zagregowaną.

4.2.1. Prawdopodobieństwo zgonu i intensywność umieralności

Stosunek liczby zgonów w wieku od x do $x + n$ do liczby dożywających wieku x nazywa się **prawdopodobieństwem zgonu** w wieku x do $x + n$. Zgodnie z definicją statystyczną podaną przez R. von Misesa prawdopodobieństwem określonego zdarzenia A nazywa się granicę częstości tego zdarzenia, gdy liczba doświadczeń rośnie do nieskończoności. W praktyce ubezpieczeniowej, w tym również i w ubezpieczeniach na życie, szacunków prawdopodobieństwa zgonu dokonuje się na podstawie informacji dotyczących dużej liczby obserwacji z przeszłości. Jest to tzw. metoda empiryczna. Oszacowane w ten sposób prawdopodobieństwo nazywa się prawdopodobieństwem empirycznym. Jeżeli w przeszłości określone zdarzenie, np. nieszczęśliwy wypadek osoby ubezpieczonej, wydarzyło się k razy na n osób ubezpieczonych, wówczas prawdopodobieństwo zajścia określonego wypadku liczone jest jako iloraz $\boldsymbol{p = k / n}$. Wielkość ta jest oczywiście przybliżeniem prawdopodobieństwa wystąpienia danego zdarzenia. Na przykład, jeżeli na podstawie obserwacji zostanie ustalone, że na 100 000 osób w wieku 30 lat w następnym roku umrze 150 osób, wówczas przybliżona wartość prawdopodobieństwa zgonu wyniesie 0,0015. Należy pamiętać, że wartość prawdopodobieństwa zgonu ustalona w ten sposób opiera się na danych empirycznych z przeszłości. W kalkulacjach ubezpieczeniowych wielkość ta jest używana do zdarzeń w przyszłości, zakładając, że zdarzenia z przeszłości powtórzą się w przyszłości. Założenie to nie jest do końca poprawne, ale w przypadku dużych liczb występują niewielkie odchylenia. W ubezpieczeniach na życie, które z reguły mają charakter długoterminowy, powinny być analizowane również trendy zmian prawdopodobieństwa zgonu.

W teorii aktuarialnej tradycyjnie używa się następujących oznaczeń:

${}_kq_x$ – prawdopodobieństwo, że osoba obecnie w wieku x lat umrze w ciągu k lat,

${}_kp_x$ – prawdopodobieństwo, że osoba obecnie w wieku x dożyje wieku $(x + k)$ lat,

q_x – prawdopodobieństwo zgonu w ciągu roku osoby w wieku x lat obecnie,

p_x – prawdopodobieństwo przeżycia roku osoby w wieku x lat obecnie.

Można zapisać:

$$ {}_kq_x = 1 - {}_kp_x . $$

Uwzględniając opisany w poprzednim podrozdziale model statystyczny ryzyka śmierci, prawdopodobieństwo $({}_{k/u}q_x)$ tego, że osoba w wieku x lat obecnie przeżyje k lat i umrze w okresie następnych u lat, czyli umrze w okresie pomiędzy wiekiem $(x+k)$ a wiekiem $(x+k+u)$, można zapisać:

$$ {}_{k/u}q_x = P(k < T(x) \leq k + u) = {}_{k+u}q_x - {}_kq_x = {}_kp_x - {}_{k+u}p_x . $$

Natomiast prawdopodobieństwo, że osoba w wieku x lat przeżyje k lat, pod warunkiem że ukończyła już x lat, czyli prawdopodobieństwo dalszego trwania życia, zapisujemy:

$$ {}_kp_x = P(T(x) > k | X > x) = P(X > x + k | X > x) = \frac{s(x+k)}{s(x)}. $$

Za pomocą powyższych oznaczeń można również zapisać rozkład prawdopodobieństwa wspomnianej wcześniej zmiennej losowej $K(x)$, oznaczającej całkowity czas trwania życia. Wówczas wzór (4.1) przyjmuje postać:

$$ g(k) = {}_kp_x - {}_{k+1}p_x = {}_{k+1}q_x, \qquad \text{dla } k = 1, 2, 3\ldots . $$

Natomiast wykorzystując powyższe oznaczenia, dystrybuantę zmiennej losowej $K(x)$ można zapisać w sposób następujący:

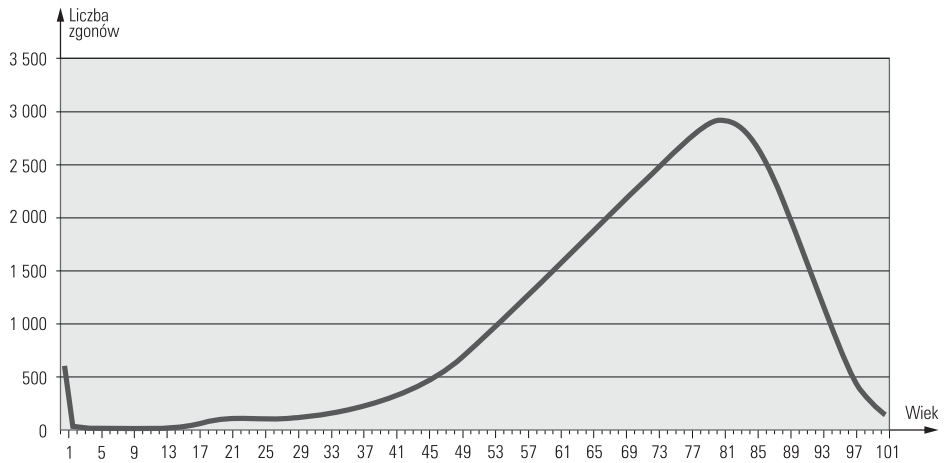
$$ G(k) = \sum_{i=1}^{k} {}_iq_x = q_x + {}_2q_x \ldots + {}_kq_x . $$

W praktyce ubezpieczeniowej prawdopodobieństwo zgonu jest odczytywane z tablic trwania życia z wykorzystaniem liczby osób żyjących, którą oznacza się symbolem l_x, oraz liczby osób zmarłych oznaczonej symbolem d_x.

Po przekształceniu uzyskuje się:

$$ G(k) = 1 - {}_{k+1}p_x = {}_{k+1}q_x . $$

Względna szybkość zmian prawdopodobieństwa trwania życia to intensywność umieralności. **Intensywność umieralności** odpowiada na pytanie o prawdopodobieństwo tego, że osoba w wieku x nie dożyje wieku $x + \Delta x$, zakładając, że Δx jest małą liczbą. Intensywność umieralności oznacza się symbolem μ_x. Prawdopodobieństwo śmierci osoby w wieku x ukończonych lat w niedalekiej przyszłości jest proporcjonalne do intensywności wymierania w danym wieku. Intensywność wymierania jest bardzo ważną funkcją w teorii aktuarialnej. Odpowiada bowiem na pytanie, jak się zmienia śmiertelność w miarę starzenia się populacji? Oczywiście miara intensywności zgonów ma charakter funkcji ciągłej. W ujęciu dyskretnym o zmianach śmiertelności informuje ciąg q_x. Wykorzystując intensywność zgonów oraz liczbę żyjących osób w wieku x, można wykreślić tzw. krzywą śmierci (*curve of death*). Przykładowy przebieg krzywej śmierci zobrazowano na rysunku 4.4.



Rysunek 4.4. Krzywa śmierci. Polska 2009 rok – mężczyźni

Źródło: [Śliwiński, 2012, s. 59].

4.2.2. Kalkulacja składek w ubezpieczeniach na życie

Składki stanowią podstawowe źródło przychodów zakładów ubezpieczeń. Składki zasilają fundusz ubezpieczeniowy, który stanowi źródło i gwarancję wypłaty świadczeń w przyszłości, jeśli zrealizuje się ubezpieczone ryzyko. Ustalenie składek na zbyt niskim poziomie może spowodować określone negatywne konsekwencje, prowadzące nawet do bankructwa zakładu ubezpieczeń. Proces kalkulacji składek w przypadku ubezpieczeń na życie różni się od kalkulacji składek w przypadku ubezpieczeń majątkowych. Ubezpieczenia na życie mają charakter długoterminowy. Powoduje to, że znaczna część składki pozostaje do dyspozycji zakładu ubezpieczeń. Może być lokowana w bankach, w papierach wartościowych, przynosząc zakładowi ubezpieczeń określone przychody, które muszą być uwzględniane w procesie kalkulacji. Składka ubezpieczeniowa charakteryzuje się złożoną strukturą wewnętrzną. Złożoność ta wynika przede wszystkim z rodzaju ubezpieczeń, kosztów prowadzenia działalności ubezpieczeniowej oraz z różnego rodzaju dodatków mających wpływ na wzrost lub obniżenie poziomu składki. Składka ubezpieczeniowa składa się z dwóch podstawowych części: składki netto oraz składki brutto.

Składka netto stanowi część składki przeznaczonej na pokrycie roszczeń ubezpieczeniowych. Poziom składki netto, zwanej często składką czystą, wynika bezpośrednio z ryzyka objętego ubezpieczeniem. Suma składek netto tworzy tzw. fundusz ubezpieczeniowy przeznaczony na pokrycie roszczeń. Składka ta określa

również udział ubezpieczonego w repartycji szkód. W związku z tym określana jest także mianem ryzyko-składki. Ryzyko-składka i składka netto równoważne są jedynie w przypadku ubezpieczeń majątkowych oraz nieszczęśliwych wypadków. Wynika to z faktu, że w ubezpieczeniach tych stopień ryzyka jest względnie stały. W przypadku ubezpieczeń na życie poziom ryzyka jest dodatnio skorelowany z upływem czasu, to znaczy że ryzyko rośnie wraz z upływem czasu. Powoduje to, że w ubezpieczeniach na życie stosuje się jednolity (przeciętny) poziom składki czystej.

Składka brutto stanowi ostateczną cenę usługi ubezpieczeniowej. Składka brutto wyrażona jest jako suma składki netto i różnego rodzaju dodatków i korekt. Dodatki te wynikają zarówno z samej działalności zakładu ubezpieczeń, jak i są uzależnione od czynników zewnętrznych. Do najczęściej stosowanych dodatków determinujących poziom składki brutto można zaliczyć: dodatki związane z kosztami obsługi ubezpieczeń (koszty administracyjne i akwizycji), dodatek na działania prewencyjne, dodatek na ryzyko, dodatek na zysk.

Istotny wpływ na poziom składki brutto ma dodatek związany z kosztami działalności ubezpieczeniowej. W praktyce ubezpieczeniowej koszty dzieli się na koszty administracyjne i akwizycji. Dodatek na koszty administracyjne wynika z konieczności pokrycia wydatków związanych z zarządzaniem zakładem ubezpieczeń. Na wysokość tego dodatku składają się wydatki wynikające z obowiązku finansowania instytucji nadzoru oraz funduszy gwarancyjnych[5]. Zakłady ubezpieczeniowe do dodatku na koszty administracyjne wliczają również koszty osobowe. Dodatek ten stanowi najczęściej określony procent składki netto. Jego poziom wynika ze skali działalności oraz ogólnie rozumianej efektywności zarządzania firmą ubezpieczeniową. Dodatek na koszty akwizycji związany jest z wydatkami poniesionymi na pozyskanie ubezpieczeń. Jego wysokość zależy od stosowanych kanałów dystrybucji, intensywności działań promocyjnych oraz niewątpliwie od wysokości prowizji płaconych pośrednikom sprzedającym ubezpieczenia. Koszty stanowią istotny udział w składce przypisanej brutto zakładom ubezpieczeń na życie, co jest związane ze specyfiką dystrybucji usług. W przypadku zakładów ubezpieczeń na życie **składka przypisana brutto** to, zgodnie z § 2.1 pkt 6 lit. a) rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2003 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji, kwoty składek z tytułu umów ubezpieczenia należne w okresie sprawozdawczym, niezależnie od tego czy kwoty te opłacono.

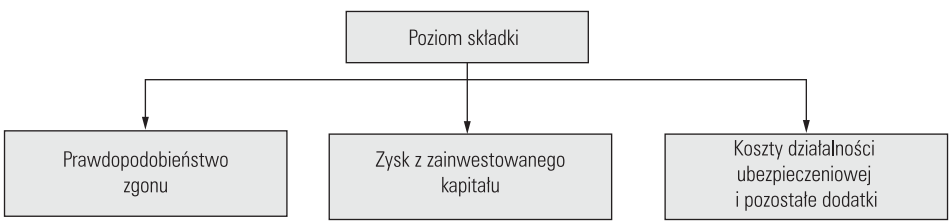
Składka brutto nie stanowi prostego zsumowania składki netto i opisanych dodatków. W zależności od charakteru dodatków mogą one stanowić określony procent składki netto, być doliczane w formie ryczałtowej lub (szczególnie w przypad-

[5] Zgodnie z odpowiednimi przepisami ustaw regulujących sektor ubezpieczeń, zakłady ubezpieczeń są obowiązane do dokonywania wpłat na rzecz instytucji nadzoru oraz, w określonych przypadkach, na rzecz Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego oraz Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

ku ubezpieczeń na życie) rozłożone w czasie. W przypadku ubezpieczeń na życie z reguły rozliczane w czasie są koszty pozyskania ubezpieczenia (koszty akwizycji).

Wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie tzw. stopy składki. **Stopa składki** określa cenę ochrony ubezpieczeniowej od każdego 1000 lub 100 jednostek pieniężnych sumy ubezpieczenia w okresie rocznym. Stopa składki może być rozumiana jako cena jednostki wartości ubezpieczenia w danym roku. Na podstawie stóp składek zakłady ubezpieczeń tworzą tzw. taryfy składek. **Taryfa składek** stanowi dokument zawierający zbiór stóp składek ubezpieczeniowych. Dokument ten jest tworzony przez dział aktuarialny i zatwierdzany przez zarząd towarzystwa. Uwzględnia podział stóp składek w zależności od rodzajów ryzyka lub oferowanych produktów ubezpieczeniowych.

W ubezpieczeniach na życie podstawowym ryzykiem objętym ubezpieczeniem jest ryzyko śmierci. W związku z tym głównym czynnikiem determinującym poziom składki jest prawdopodobieństwo zgonu ubezpieczonej osoby w danym wieku w ciągu roku. Prawdopodobieństwo to jest bowiem miarą ryzyka śmierci. Ponadto na poziom składek bezpośredni wpływ ma zysk, który może być uzyskany z zainwestowanego kapitału, oraz poziom wydatków związany ze sprzedażą ubezpieczenia i obsługą polisy na życie (tzw. składka brutto). Czynniki mające wpływ na poziom składek w klasycznych typach ubezpieczeń na życie można przedstawić jak na rysunku 4.5.



Rysunek 4.5. Czynniki determinujące poziom składek w ubezpieczeniach na życie

Źródło: opracowanie własne.

Kolejnym czynnikiem jest zysk osiągnięty z inwestowanego kapitału. Zysk ten jest generowany w okresie pomiędzy wpływem składki a wypłatą świadczenia. Zakłady ubezpieczeń na życie uwzględniają zysk z zainwestowanego kapitału przez ustalenie tzw. technicznej stopy procentowej (**stopa zysku**). Techniczna stopa procentowa jest ustalana nie tylko na podstawie oceny uwzględniającej obecną sytuację na rynku finansowym. Jej poziom powinien wynikać również z analizy przyszłej sytuacji gospodarki w skali makroekonomicznej. Zagadnienia związane z ustaleniem technicznej stopy procentowej są skomplikowane, gdyż niezbędna jest tu wszechstronna analiza przyszłej kondycji gospodarczej i koniunktury na

rynkach finansowych. Wynika to przede wszystkim z faktu, że zawierając umowę ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń ustala wartość świadczenia, które wypłaci w razie realizacji określonego ryzyka objętego umową. Zakład ubezpieczeń zobowiązany jest do wypłacenia tej sumy i ewentualne przeszacowanie oceny technicznej stopy procentowej spowoduje stratę zakładu ubezpieczeń. Strata ta będzie musiała być pokryta ze źródeł alternatywnych. Istnieje również ograniczenie prawne, które nie pozwala na ustalenie technicznej stopy procentowej na zbyt wysokim poziomie i zaniżenie składek (art. 43 cyt. rozporządzenia w sprawie szczególnych zasad rachunkowości).

Metody wyznaczania jednorazowej składki netto w podstawowych typach ubezpieczeń na życie

Przedstawienie matematyczno-statystycznych metod ustalania składek netto w ubezpieczeniach na życie wymaga wcześniejszego zapoznania się z rachunkiem rent. Rentą nazywa się ciąg płatności okresowych. Płatności mogą być dokonywane na początku okresu, wówczas mamy do czynienia z rentą płatną z góry, lub na końcu okresu, czyli z rentą płatną z dołu. Wyróżniamy renty:

- pewne,
- życiowe,
- czasowe.

Renta pewna to ciąg okresowych płatności na rzecz ubezpieczonego. Płatności z reguły są tej samej wysokości. Renta ta jest wypłacana przez ustalony czas niezależnie od tego, czy ubezpieczony żyje. W przypadku śmierci ubezpieczonego renta wypłacana jest uposażonym. W celu ujednolicenia oznaczeń Międzynarodowe Towarzystwo Aktuarialne ustaliło oznaczenia stosowane w rachunku rent. W przypadku renty pewnej płatnej z dołu stosuje się następujące oznaczenia:

$s_{\overline{n}|}$ – suma zakumulowanych płatności w wysokości 1 zł dokonywanych corocznie przez okres n lat,

$a_{\overline{n}|}$ – obecna wartość płatności w wysokości 1 zł dokonywanych corocznie w okresie n lat.

Suma zakumulowanych płatności ustalana jest przy oprocentowaniu złożonym w momencie zakończenia płatności, czyli na końcu n-tego roku. Sumę tę można wówczas obliczyć, korzystając z następującego wzoru:

$$s_{\overline{n}|} = (1 + r)^{n-1} + (1 + r)^{n-2} + \ldots + (1 + r) + 1, \tag{4.2}$$

Równanie powyższe można przekształcić do następującej postaci:

$$s_{\overline{n}|} = \frac{(1 + r)^n - 1}{r}, \tag{4.3}$$

Obecną wartość płatności ustala się poprzez dyskontowanie sumy zakumulowanych płatności o okres n lat, równy okresowi płacenia renty.

$$a_{\overline{n}|} = v^n \cdot s_{\overline{n}|} . \tag{4.4}$$

Wykorzystując wzór na sumę zakumulowanych płatności (4.3), powyższy wzór można sprowadzić do następującej postaci:

$$a_{\overline{n}|} = \frac{1 - v^n}{r}, \tag{4.5}$$

gdzie: r – stopa procentowa, v – współczynnik dyskonta.

Zgodnie z powyższymi oznaczeniami, żeby otrzymywać przez n lat, na końcu każdego roku kwotę równą 1 zł, należy zgromadzić fundusz rentowy równy $a_{\overline{n}|}$ złotych.

Renty pewne płatne z góry polegają na tym, że płatności wypłacane są na początku każdego roku przez okres n lat. W tym przypadku można również policzyć sumę zakumulowanych płatności oraz wartość obecną renty. W przypadku renty pewnej płatnej z góry stosuje się następujące oznaczenia:

$\ddot{s}_{\overline{n}|}$ – suma zakumulowanych płatności w wysokości 1 zł dokonywanych corocznie przez okres n lat,

$\ddot{a}_{\overline{n}|}$ – obecna wartość płatności w wysokości 1 zł dokonywanych corocznie w okresie n lat.

Sumę zakumulowanych płatności można obliczyć, stosując poniższe wyrażenie:

$$\ddot{s}_{\overline{n}|} = (1 + r) \cdot s_{\overline{n}|} , \tag{4.6}$$

Obecną wartość płatności można przedstawić w następującej postaci:

$$\ddot{a}_{\overline{n}|} = 1 + v + v^2 + \ldots + v^{n-1} , \tag{4.7}$$

Wykorzystując wzor na sumę wyrazów ciągu geometrycznego, można obecną wartość płatności wyrazić za pomocą następującego równania:

$$\ddot{a}_{\overline{n}|} = \frac{1 - v^n}{1 - v} . \tag{4.8}$$

Obecna wartość płatności informuje, jaką wartość musi mieć zgromadzony fundusz rentowy, aby przez n lat wypłacać rentę równą 1 zł na początku każdego roku. Wartości rent można odczytać z tablic matematycznych, gdzie renty są policzone w zależności od czasu wypłaty oraz stopy procentowej.

Renta życiowa to ciąg płatności okresowych, które ustają w chwili śmierci rentobiorcy. Ustanie płatności z chwilą śmierci rentobiorcy odróżnia rentę życiową od renty pewnej. Fundusz rentowy jest tworzony przez osoby ubezpieczone. Z tego funduszu realizowane są płatności tylko w stosunku do tych, którzy przeżyją. Jeżeli l_x osób w wieku x tworzy fundusz, z którego co roku będą otrzymywać rentę w wysokości 1 zł tylko ci, którzy przeżyli do momentu, gdy będą żyły ostatnie osoby z tej grupy, to sumę zgromadzoną w tym funduszu można przedstawić jako $l_x \cdot a_x$. Jest to iloczyn liczby osób i ich jednostkowy wkład do tego funduszu. Zgodnie z zasadą równości kapitałów, zgromadzona suma funduszu równa jest sumie obecnej

wartości płatności dokonywanych co roku. W przypadku gdy płatności dokonywane są z dołu, można to zapisać w następujący sposób:

$$l_x a_x = v l_{x+1} + v^2 l_{x+2} + \ldots + v^{w-x} l_{w-x}. \tag{4.9}$$

Dla uproszczenia wyrażenia dokonujemy odpowiednich przeliczeń, polegających na pomnożeniu przez l_x, a następnie pomnożeniu licznika i mianownika przez v^x. Po tych działaniach otrzymujemy:

$$a_x = \frac{v^{x+1} l_{x+1} + v^{x+2} l_{x+2} + \ldots + v^w l_w}{v^x l_x}. \tag{4.10}$$

Do uproszczenia zapisów w kalkulacjach aktuarialnych wprowadza się tzw. funkcje komutacyjne[6]. W przypadku renty życiowej wprowadza się funkcje D_x oraz N_x. Funkcje te wyraża się w następujący sposób: $D_x = v^x l_x$; $D_{x+1} = v^x l_{x+1}$; $N_x = D_{x+1} + D_{x+2} + \ldots + D_{w-1}$.

Wykorzystując funkcje komutacyjne, można obecną wartość płatności w przypadku renty życiowej płatnej z dołu wyrazić za pomocą następującego wyrażenia:

$$a_x = \frac{N_{x+1}}{D_x}. \tag{4.11}$$

Natomiast w przypadku renty płatnej z góry obecna wartość płatności wyraża się wzorem:

$$\ddot{a}_x = \frac{N_x}{D_x}. \tag{4.12}$$

Renta czasowa wypłacana jest tylko tym, którzy przeżyli, ale przez określony czas. Podobnie jak w przypadkach poprzednich, renta ta może być wypłacana z dołu lub z góry. Sposób liczenia jest relatywnie prosty, bowiem w celu wyliczenia renty czasowej należy od renty dożywotniej (życiowej) odjąć rentę, której nie będzie się płacić, począwszy od wieku $x + n$, czyli za okres n lat. Obecną wartość płatności renty czasowej można wyznaczyć za pomocą opisanych wcześniej funkcji komutacyjnych D_x oraz N_x. Wyrażenie przyjmuje wówczas następującą postać:

$$\ddot{a}_{x:n|} = \frac{N_x - N_{x+n}}{D_x}. \tag{4.13}$$

[6] Funkcje komutacyjne wprowadzono w celu uproszczenia kalkulacji, które wymagają przetwarzania olbrzymiej ilości danych. Obecnie posiadane moce obliczeniowe pozwalają na dokonywanie kalkulacji wykorzystujących olbrzymie zasoby danych. Funkcje komutacyjne mają znaczenie bardziej dydaktyczne. Ich zastosowanie upraszcza stosowane zapisy.

4.2.3. Składka netto w ubezpieczeniu na całe życie

W ubezpieczeniu na całe życie ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia uposażonemu w chwili śmierci ubezpieczonego określonego świadczenia. Wysokość świadczenia określona jest sumą ubezpieczenia. Suma ta jest wypłacana niezależnie od czasu, kiedy nastąpi zgon ubezpieczonego. Z reguły świadczenie wypłacane jest na końcu roku, w którym nastąpił zgon ubezpieczonego. Kalkulując opisaną wcześniej stopę składki netto, należy wyjść z podstawowej zasady, a mianowicie zasady równoważności. Zgodnie z tą zasadą w ubezpieczeniu na całe życie jednorazowa składka netto powinna być równa obecnej wartości świadczenia (określonego przez sumę ubezpieczenia). Podstawowym założeniem jest również przyjęcie, że w okresie ubezpieczenia techniczna stopa procentowa jest stała. Jednorazową składkę netto w ubezpieczeniu na całe życie oznacza się symbolem A_x. Zakładając, że w danym momencie ubezpiecza się l_x osób w wieku x oraz że świadczenie ubezpieczeniowe będzie równe 1 zł, łączna składka netto będzie wynosić $A_x l_x$ złotych. Dalej, jeśli w pierwszym roku umrze d_x osób, to przy świadczeniu równym 1 zł, dokładnie d_x złotych zostanie wypłacone. Wartość obecną przyszłych świadczeń można oszacować, dyskontując świadczenie wypłacane w kolejnych latach. W pierwszym roku wartość obecna świadczenia będzie równa vd_x. W następnym roku liczba zmarłych będzie wyrażona liczą d_{x+1}, wówczas wartość obecna świadczenia wyniesie $v^2 d_{x+1}$. Świadczenia będą wypłacane aż do zgonu ostatniej osoby ubezpieczonej w danym portfelu. Moment ten przyjmuje się zgodnie z określonym wiekiem granicznym wymierania populacji w. Zgodnie z zasadą równości można zapisać następujące równanie:

$$l_x A_x = vd_x + v^2 d_{x+1} + \ldots + v^{w-x} d_w . \tag{4.14}$$

Wartość jednorazowej składki netto w ubezpieczeniu na całe życie można wyliczyć, korzystając z równania, które jest wynikiem przekształcenia równania (4.14), a mianowicie:

$$A_x = \frac{vd_x + v^2 d_{x+1} + \ldots + v^{w-x} d_w}{l_x}. \tag{4.15}$$

Mnożąc licznik i mianownik przez v^x oraz wprowadzając dodatkowe funkcje komutacyjne $C_x = v^{x+1} d_x$ oraz $C_{x+1} = v^{x+2} d_{x+1}$, oraz opisaną wcześniej D_x, równanie (4.15) można zapisać w następującej postaci:

$$A_x = \frac{C_x + C_{x+1} + \ldots + C_{x+w}}{D_x}. \tag{4.16}$$

Następnie sumę funkcji komutacyjnych C_x można zastąpić funkcją komutacyjną M_x. Wtedy wzór na jednorazową składkę netto w ubezpieczeniu na całe życie przybiera następującą postać:

$$A_x = \frac{M_x}{D_x}. \tag{4.17}$$

W praktyce w przypadku ubezpieczenia na całe życie składki bardzo rzadko są płacone jednorazowo. Najczęściej składka jest wpłacana w okresach miesięcznych, kwartalnych lub rocznych. Jednakową składkę roczną płatną w ciągu całego życia osoby ubezpieczonej oznacza się symbolem P_x. Wyliczając wartość tej składki, ciąg składek traktuje się jak opisaną wcześniej rentę życiową. Potraktowanie ciągu składek jako renty życiowej pozwala na następujący zapis:

$$A_x = \ddot{a}_x P_x. \tag{4.18}$$

Przekształcając oraz stosując liczby komutacyjne, można zapisać:

$$P_x = \frac{M_x}{N_x}. \tag{4.19}$$

Tak obliczona składka odpowiada świadczeniu równemu 1 zł wypłacanemu na końcu roku, w którym nastąpił zgon ubezpieczonego. W sytuacji gdy składka jest płacona tylko przez określony czas (n lat), można ją potraktować jako rentę czasową. Wówczas wzór 4.19 przyjmuje następującą postać:

$$P_x = \frac{M_x}{N_x - N_{x+n}}. \tag{4.20}$$

4.2.4. Składka netto w ubezpieczeniu na dożycie

Ubezpieczenie na dożycie charakteryzuje się faktem, że świadczenie wypłacane jest tylko osobom, które przeżyły okres ubezpieczenia. Składki wpłacone przez osoby, które zmarły w okresie ubezpieczenia, zasilają pozostały fundusz, z którego wypłacane są świadczenia. Jednorazowa składka netto w przypadku ubezpieczenia na dożycie jest równa zaktualizowanej wielkości świadczeń. Świadczenie wypłacane jest ze zgromadzonego funduszu. Zakładając, że taki fundusz zakłada l_x osób, wpłacając jednorazowo jednakową składkę, to wartość tego funduszu po n latach, tak żeby ci, którzy dożyli wieku $x + n$, otrzymali świadczenie równe 1 zł, musi wynosić l_{x+n}. Wykorzystując zasadę równoważności, która mówi o równości składek i świadczeń, można policzyć obecną wartość tego funduszu i porównać ją następnie z sumą wpłat. Suma wpłat natomiast jest równa iloczynowi liczby osób zakładających fundusz i wielkości jednorazowej składki netto. Obecna wartość zgromadzonego funduszu wynosi $v^n l_{x+n}$. Porównując opisane wielkości, można policzyć jednorazową składkę netto w ubezpieczeniu na dożycie. Składkę tę oznacza się symbolem $A_{x:\overline{n}|}^{\ 1}$. Można ją wyliczyć, stosując następującą formułę:

$$A_{x:\overline{n}|}^{1} = v^n \frac{l_{x+n}}{l_x}. \tag{4.21}$$

Przemnożenie licznika i mianownika przez v^x pozwoli zastosować funkcje komutacyjne. Wówczas otrzymujemy następującą formułę:

$$A_{x:\overline{n}|}^{1} = v^{x+n} \frac{l_{x+n}}{v^x l_x} = \frac{D_{x+n}}{D_x}. \tag{4.22}$$

Zaktualizowaną wielkość świadczenia można także potraktować jako zmienną losową o następującym rozkładzie:

$$Z_x = \begin{cases} 0, \text{ dla } k = 0, 1, 2 \ldots n-1 \\ v^n, \text{ dla } k = n, n+1, \ldots \end{cases} \tag{4.23}$$

Zaktualizowana wielkość świadczenia równa jest 0 w momencie, gdy ubezpieczony nie dożyje wieku n. Natomiast, jeśli ubezpieczony w wieku x dożyje $x + n$ lat, zaktualizowana wielkość świadczenia równa jest v^n. Wartość tak określonej zmiennej losowej jest równa:

$$A_{x:\overline{n}|}^{1} = v^n {}_n p_x, \tag{4.24}$$

gdzie: ${}_n p_x$ – prawdopodobieństwo przeżycia n lat przez osobę będącą obecnie w wieku x lat.

Prawdopodobieństwo przeżycia przez osobę w wieku x lat obecnie kolejnych n lat można wyrazić za pomocą liczby dożywających, wykorzystując następującą zależność ${}_n p_x = l_{x+n}/l_x$. Otrzymujemy wówczas postać opisaną we wzorze (4.21).

4.2.5. Składka netto w ubezpieczeniu na wypadek śmierci i dożycia

W przypadku tego ubezpieczenia świadczenie wypłacane jest w momencie, gdy osoba ubezpieczona przeżyje określony w umowie okres ubezpieczenia lub gdy w tym okresie nastąpi zgon ubezpieczonego. Z punktu widzenia aktuarialnego ubezpieczenie to może być potraktowane jako połączenie ubezpieczenia na wypadek śmierci i czystego ubezpieczenia na dożycie. Założenie to jest istotne w procesie kalkulacji jednorazowej składki netto, która niejako stanowi sumę jednorazowej składki netto za ubezpieczenie na wypadek śmierci oraz czystego ubezpieczenia na dożycie. Jednorazową składkę netto w przypadku ubezpieczenia na wypadek śmierci i dożycia oznacza się symbolem $A_{x:\overline{n}|}$. W sytuacji płatności świadczenia na końcu roku, w którym nastąpił zgon ubezpieczonego, składkę tę można wyliczyć, korzystając z następującej zależności:

$$A_{x:\overline{n}|} = A_{x:\overline{n}|}^{1} + A_{x:\overline{n}|}^{1}. \tag{4.25}$$

Korzystając z funkcji komutacyjnych, wzór formułę 4.25 można przedstawić w następujący sposób:

$$A_{x:\overline{n}|} = \frac{M_x - M_{x+n}}{D_x} + \frac{D_{x+n}}{D_x} = \frac{M_x - M_{x+n} + D_x}{D_x}. \tag{4.26}$$

Jest to wzór na jednorazową składkę netto kalkulowaną za ubezpieczenie na wypadek śmierci i dożycia. Składka tak policzona odpowiada świadczeniu równemu 1 zł płatnemu na końcu roku, w którym nastąpił zgon ubezpieczonego.

W praktyce ubezpieczeniowej, podobnie jak w przypadku innych typów ubezpieczeń, składka rzadko jest płacona w sposób jednorazowy. Opłaty składki z reguły są realizowane w określonych odstępach czasu. Składka może być opłacana rocznie, kwartalnie lub miesięcznie. Składkę opłacaną na przykład w odstępach rocznych przez *m* lat za *n*-roczne ubezpieczenie na wypadek śmierci i dożycia oznacza się symbolem ${}_mP_{x:\overline{n}|}$. Wyznaczanie składki w tym przypadku polega na porównaniu obecnej wartości rocznych składek netto z jednorazową składką netto za to ubezpieczenie. Wykorzystując omówione wcześniej renty, można to zapisać w sposób następujący:

$$A_{x:\overline{n}|} = \ddot{a}_{x:\overline{m}|} \cdot {}_mP_{x:\overline{n}|}. \tag{4.27}$$

Pytania kontrolne

1. Co to jest tablica trwania życia i do czego jest wykorzystywana?
2. Jak definiujemy zmienną losową?
3. Co oznacza dystrybuanta zmiennej losowej, jaki jest czas trwania życia noworodka?
4. Co określa funkcja trwania życia?
5. Co to jest i ile wynosi wiek graniczny?
6. Jak można ocenić umieralność?
7. Na czym polega metoda empiryczna szacowania prawdopodobieństwa zgonu?
8. Co to jest intensywność umieralności?
9. Co to jest fundusz ubezpieczeniowy i co jest źródłem jego zasilania?
10. Z jakich elementów składa się składka całkowita?
11. Co to jest stopa składki?
12. Od jakich czynników zależy poziom składki w przypadku ubezpieczeń na życie?
13. Jakie będą skutki ustalenia technicznej stopy procentowej na zbyt wysokim poziomie?
14. Co to jest renta pewna i czym się różni od renty życiowej?
15. Jak definiujemy funkcje komutacyjne?
16. Czy jednorazową składkę netto w ubezpieczeniu mieszanym można obliczyć przez dodanie składek netto za ubezpieczenie na życie i za ubezpieczenie na dożycie?

4.3. Rodzaje ubezpieczeń na życie

Wyróżnia się wiele rodzajów ubezpieczeń na życie. Najbardziej ogólny podział to wyodrębnienie ubezpieczeń terminowych (*term life insurance*) oraz ubezpieczeń na całe życie (*whole life insurance*). Ubezpieczenia terminowe nie realizują funkcji oszczędnościowej. Nawiązując do wcześniejszych rozważań, nietworzona jest w tym przypadku rezerwa matematyczna. Mamy do czynienia z czystą funkcją ochronną. W ramach ubezpieczeń na całe życie można wyróżnić tzw. klasyczne typy ubezpieczeń na życie oraz nowoczesne ubezpieczenia na życie.

4.3.1. Klasyczne typy ubezpieczeń na życie

W ramach klasycznych ubezpieczeń na życie wyróżniamy następujące typy: ubezpieczenia na całe życie (*whole life insurance*), ubezpieczenia na dożycie (*pure endowment*) i ubezpieczenia mieszane (*endowment*).

Ubezpieczenie na całe życie nazywane jest także ubezpieczeniem na wypadek śmierci. Przedmiotem tego ubezpieczenia jest zgon ubezpieczonego w trakcie okresu ubezpieczenia. W ubezpieczeniu na wypadek śmierci (na całe życie) suma ubezpieczenia wypłacana jest w razie śmierci ubezpieczonego. Celem tego ubezpieczenia jest finansowe zabezpieczenie potrzeb rodziny ubezpieczonego po jego śmierci, na przykład dodatkowych kosztów czy utraty źródła dochodów. Wypłata świadczenia z tego ubezpieczenia może również stanowić źródło spłaty zobowiązań ubezpieczonego, których nie byłaby w stanie spłacić rodzina po jego śmierci. Chodzi tu na przykład o kredyty zaciągnięte przez ubezpieczonego. Ubezpieczenie na wypadek śmierci posiada cechy oszczędzania. Cechy te uwidaczniają się nie tylko w fakcie zabezpieczenia uposażonej osobie świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia, a więc przewidywanej wartości nagromadzonych pieniędzy, gdyby wcześniejsza śmierć nie nastąpiła i składki były wpłacane przez cały zamierzony okres, ale także w fakcie, że poziom wpłat przez cały cykl ubezpieczenia jest stały, mimo że ryzyko śmierci rośnie wraz z wiekiem osoby ubezpieczonej.

Ubezpieczenie na wypadek śmierci może być realizowane według trzech podstawowych wariantów:

- ubezpieczenie czasowe,
- ubezpieczenie czasowe z obniżającą się sumą ubezpieczenia,
- ubezpieczenie na całe życie.

Ubezpieczenie na wypadek śmierci może być zawierane na całe życie lub na pewien okres. Okres ten powinien z reguły stanowić najbardziej newralgiczny czas dla rodziny, na przykład na spłatę dużego kredytu lub innych zobowiązań finansowych. Śmierć jednego z jej członków w tym okresie pozostawia rodzinę nie tylko

bez środków do życia, ale również z olbrzymim długiem do spłacenia. Ubezpieczenie czasowe trwa przeważnie od 1 do 5 lat. Składka za to ubezpieczenie może być wpłacana jednorazowo bądź też okresowo, w odstępach rocznych, kwartalnych lub miesięcznych, z zasady w jednakowej wysokości. W ubezpieczeniu czasowym (okresowym) na wypadek śmierci oszczędnościowy aspekt ubezpieczenia praktycznie nie występuje. Wynika to z niewielkiej różnicy prawdopodobieństwa śmierci pomiędzy pierwszym a ostatnim rokiem ubezpieczenia oraz większymi kosztami administracyjnymi w pierwszym roku ubezpieczenia. Ubezpieczony nie ma udziału w zyskach ubezpieczyciela oraz prawa do wykupu. W tym rodzaju ubezpieczenia bowiem poziom rezerwy matematycznej jest niewielki. Świadczenie zwykle realizowane jest w postaci jednorazowej wypłaty. W przypadku ubezpieczenia czasowego trwającego co najwyżej 1 rok składka ustalana jest w oparciu o faktyczne ryzyko śmierci, wynikające z tablic trwania życia. W przypadku dłuższego okresu ubezpieczenia i składki wypłacanej jednorazowo lub okresowo, wysokość składki odpowiada uśrednionemu za cały okres ubezpieczenia ryzyku. Składkę ustala się wówczas jako równowartość na dzień dzisiejszy płaconego w przyszłości świadczenia, a w przypadku opłacania składki okresowo jest to wartość zdyskontowana wypłacanego w przyszłości świadczenia.

Ubezpieczenie czasowe z obniżającą się sumą ubezpieczenia dotyczy przede wszystkim zabezpieczenia spłaty kredytu hipotecznego lub konsumpcyjnego. Celem tego ubezpieczenia jest zabezpieczenie spłaty kredytu w przypadku śmierci ubezpieczonego. Ubezpieczenie to może być również rozszerzone o dodatkowe opcje w postaci ochrony w przypadku trwałego inwalidztwa lub choroby uniemożliwiającej dalszą spłatę kredytu. Bardzo często polisa ubezpieczeniowa jest jednym z warunków uzyskania kredytu, szczególnie w przypadku kredytu hipotecznego.

Pożyczkobiorca spłaca kredyt w regularnych miesięcznych ratach. Rata kredytu składa się z kwoty odsetek i raty kapitałowej. W ubezpieczeniu czasowym na wypadek śmierci, stanowiącym zabezpieczenie spłaty kredytu hipotecznego, suma ubezpieczenia równa jest sumie rat, jakie pozostają do spłacenia kredytu wraz z odsetkami, stąd malejąca suma ubezpieczenia. Możliwy jest również przypadek, w którym polisa ubezpieczeniowa zapewnia jedynie spłatę raty kapitałowej, natomiast pożyczkobiorca zobowiązany jest spłacić odsetki od zaciągniętego kredytu.

W ubezpieczeniu czasowym z malejącą sumą ubezpieczenia okres ubezpieczenia odpowiada okresowi spłaty kredytu. W sytuacji gdy ubezpieczony uczestniczy w zysku, możliwe jest ustalenie sumy ubezpieczenia na poziomie niższym od kwoty zaciągniętego kredytu. Powstała różnica jest wtedy pokryta przez udział w zysku, który jest wypłacony w postaci premii okresowej lub jednorazowej. Wymagane tu jest jednak dodatkowe ubezpieczenie terminowe z malejącą sumą ubezpieczenia, na wypadek gdyby śmierć ubezpieczonego nastąpiła w krótkim czasie po zawarciu

umowy ubezpieczenia i wówczas suma ubezpieczenia powiększona o udział w zyskach byłaby niewystarczająca na spłatę kredytu. To dodatkowe ubezpieczenie może pokryć brakującą kwotę. W takiej kombinacji ubezpieczeń składka jest niższa niż w przypadku ubezpieczenia czasowego z sumą równą kwocie kredytu, dlatego kombinacja ta określana jest jako „tanie ubezpieczenie mieszane" zapewniające spłatę kredytu hipotecznego.

Spłata kredytu hipotecznego z reguły trwa wiele lat. W okresie tym warunki kredytu mogą ulegać zmianom i modyfikacji. Bardzo często ubezpieczony sprzedaje lub zamienia dom, który jest przedmiotem kredytu. Wymaga to dużej elastyczności polis ubezpieczeniowych, które powinny być maksymalnie dopasowane do potrzeb ubezpieczonego. Stąd rozwój nowoczesnych form ubezpieczenia, takich jak ubezpieczenia uniwersalne, z funduszem inwestycyjnym i opcje ubezpieczeniowe. Produkty te zostaną omówione w następnym podrozdziale.

Podobny charakter mają ubezpieczenia związane ze spłatą kredytów konsumpcyjnych. W tym przypadku jednak kwota kredytu i związana z nią suma ubezpieczenia są nieporównywalnie niższe niż w ubezpieczeniu spłaty kredytów hipotecznych. Powoduje to, że nie opłaca się oferować tych produktów indywidualnie. Ubezpieczenia te zakładane są w stosunku do grupy. W tym przypadku z reguły ubezpieczającym jest bank, a umowa obejmuje wszystkich kredytobiorców. Ubezpieczenie zawierane jest w momencie uzyskania kredytu.

W zależności od rodzaju kredytu i ochrony ubezpieczeniowej wyróżnia się następujące formy tego ubezpieczenia [Doan (red.), 1996, s. 78–79]:

- Ubezpieczenie typu terminowego ubezpieczenia na życie z malejącą sumą ubezpieczenia.
- Ubezpieczenie o stałej sumie ubezpieczenia – oferowanie jest w przypadku kredytu spłacanego nieregularnie lub jednorazowo.
- Ubezpieczenie zapewniające pokrycie ujemnego salda na koncie bankowym w przypadku śmierci ubezpieczonego.
- Ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy.

Tabela 4.1 prezentuje przebieg ubezpieczenia na wypadek śmierci kredytobiorcy, w którym ubezpieczony mężczyzna w wieku 40 lat spłaca kredyt bankowy w wysokości 100 000 zł, w równych ratach po 20%, z dołu. Umowna liczba ubezpieczonych 10 000 mężczyzn, stopa składki w wysokości 1,5% wartości kredytu, czyli sumy ubezpieczenia płatnej jednorazowo z góry [Stroiński, 1996, s. 107].

Tabela 4.1. Przebieg ubezpieczenia kredytu na wypadek śmierci kredytobiorcy

Rok	Prawdopodobieństwo śmierci [qx]	Liczba ubezpieczonych [lx]	Liczba zmarłych [dx]	Wysokość sumy ubezpieczenia	Składka	Wypłacone świadczenia	Saldo końcowe
1.	0,0050	10 000	50	100 000	15 000 000	5 000 000	10 634 375
2.	0,0054	9 950	54	80 000	10 634 375	4 320 000	6 744 740
3.	0,0059	9 896	58	60 000	6 744 740	3 480 000	3 519 192
4.	0,0065	9 838	64	40 000	3 519 192	2 560 000	1 073 351
5.	0,0072	9 774	70	20 000	1 073 351	1 400 000	307 310

Źródło: [Stroiński, 1996, s. 107].

Ubezpieczenie na dożycie ma charakter oszczędnościowy. Różni się od typowych wkładów bankowych tym, że w przypadku gdy śmierć nastąpi przed końcem okresu ubezpieczenia, suma wpłaconych składek wraz z odsetkami nie jest wypłacana uposażonym. Możliwa jest również sytuacja, że w momencie gdy w okresie ubezpieczenia nastąpi zgon ubezpieczonego, następuje zwrot sumy wpłaconych składek. Suma kwot niewypłaconych z powodu przedwczesnej śmierci ubezpieczonych stanowi dodatkowy dochód zakładu ubezpieczeń. Składki z reguły wpłacane są w trakcie trwania okresu ubezpieczenia lub jednorazowo. Świadczenie wypłacane jest ubezpieczonemu w momencie dożycia przez niego określonego wieku, w którym z reguły następuje schyłek aktywności zawodowej, a w związku z tym dość raptowne zmniejszenie dochodów. Wytworzony dochód zakładu ubezpieczeń ulega rozłożeniu na pozostałych ubezpieczonych, którzy przeżyją okres ubezpieczenia. Powoduje to, że końcowy fundusz przypadający na osobę, która przeżyła okres ubezpieczenia, przekracza sumę wpłaconych składek wraz z odsetkami. Różnica pomiędzy wartością funduszu przypadającą na jedną osobę w momencie zakończenia ubezpieczenia a sumą wpłaconych składek wraz z odsetkami, pomniejszona o koszty administrowania tym ubezpieczeniem, stanowi dodatkowy dochód ubezpieczonych, tzw. premię za dożycie. Zakład ubezpieczeń jednocześnie może inwestować całą składkę netto, bowiem w trakcie trwania ubezpieczenia nie wypłaca żadnych świadczeń.

Ubezpieczenie na dożycie bardzo rzadko występuje jako ubezpieczenie samodzielne. Powodem tego jest fakt, że przypadku osób zmarłych całe oszczędności przepadają. Zgromadzony fundusz jest dzielony na tych, którzy przeżyją.

Istnieje również możliwość dołączenia różnego rodzaju ryzyka dodatkowego, przede wszystkim ryzyka następstw nieszczęśliwych wypadków czy ubezpieczeń

chorobowych. Ubezpieczenie to może być odpowiednie dla osób, które nie mają potrzeby pozostawienia środków finansowych swoim bliskim, na przykład żyjącym samotnie.

W przedstawionym przykładzie mamy taką sytuację, że świadczenie dla osoby, która przeżyła 10 lat, wyniesie 1564 zł. Świadczenie to jest znacznie wyższe od kwoty, którą osoba ta otrzymałaby, wpłacając do banku 100 zł rocznie, przez 10 kolejnych lat przy oprocentowaniu 5% w skali roku. Lokata bankowa dałaby dochód równy 1320 zł. Świadczenie może być również wypłacane w postaci renty.

Ubezpieczenie to jest głównie prowadzone przede wszystkim w połączeniu z ubezpieczeniem na wypadek śmierci. Mówimy wówczas o tzw. ubezpieczeniu mieszanym.

Tabela 4.2. Przebieg ubezpieczenia na dożycie do wieku 65 lat grupy 10 000 mężczyzn w wieku 55 lat

Wiek osoby [x]	Liczba osób ubezpieczonych [lx]	Składka bieżąca	Składka z lat ubiegłych	Łączna składka plus oprocentowanie [5%]	Liczba osób, które dożyły końca roku	Fundusz przypadający na osobę, która przeżyła kolejne lata
	Stan na początek roku			*Stan na koniec roku*		
55	10 000	1 000 000	-	1 050 000	9 827	107
56	9 827	982 700	1 050 000	2 134 335	9 644	221
57	9 644	964 400	2 134 335	3 253 627	9 450	344
58	9 450	945 000	3 253 672	4 408 605	9 243	477
59	9 243	924 300	4 408 605	5 599 551	9 023	621
60	9 023	902 300	5 599 551	6 826 943	8 791	777
61	8 791	879 100	6 826 943	8 091 345	8 546	947
62	8 546	854 600	8 091 345	9 393 243	8 289	1 133
63	8 289	828 900	9 393 243	10 733 250	8 022	1 338
64	8 022	802 200	10 733 250	12 112 222	7 746	**1 564**
65	7 746					

Źródło: [Stroiński, 1996, s.109].

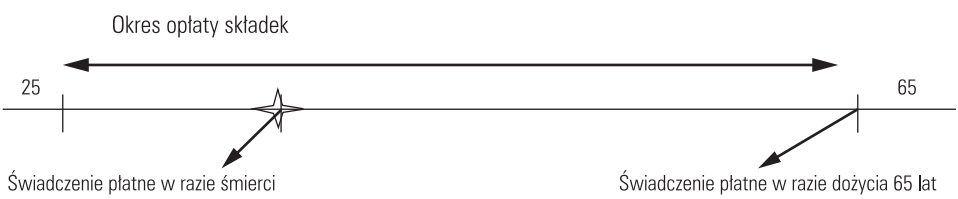
Ubezpieczenie mieszane stanowi połączenie ubezpieczenia na wypadek śmierci i na dożycie z pełnym uwzględnieniem czynnika oszczędnościowego. Ubezpieczenie to nosi nazwę ubezpieczenia kapitałowego. W ubezpieczeniu mieszanym towarzystwo ubezpieczeń zobowiązuje się, w zamian za składki opłacane jedno-

razowo lub periodycznie, do jednorazowej lub periodycznej wypłaty umówionej sumy pieniężnej w razie śmierci ubezpieczonego lub dożycia określonego wieku.

Celem tego ubezpieczenia jest zapewnienie standardu życia rodziny po śmierci jednego z jej członków, a w razie dożycia określonego wieku, w którym zarobki tego członka rodziny zmaleją lub całkowicie znikną, pozwoli na utrzymanie standardu życia również w okresie ograniczonych dochodów czy starości.

W ubezpieczeniu tym ustala się okres ubezpieczenia, po którym, jeżeli ubezpieczony żyje, otrzymuje świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia. Praktycznie rzecz biorąc, jest to wartość wpłaconej składki netto (pomniejszonej o koszty prowadzenia ubezpieczenia) plus oprocentowanie tej składki. W odróżnieniu od czystego ubezpieczenia na dożycie, jeżeli ubezpieczony umrze w okresie ubezpieczenia, uposażony otrzymuje świadczenie w tej samej wysokości, czyli wpłacony kapitał nie przepada. Ubezpieczenie to rozpoczyna się z chwilą opłacenia pierwszej składki. W momencie śmierci ubezpieczonego świadczenie otrzymuje uposażony. Gdyby uposażony zmarł jednocześnie lub wcześniej od ubezpieczonego, świadczenie wypłacane jest prawnym spadkobiercom ubezpieczonego.

Ubezpieczenie mieszane ma charakter ubezpieczenia czasowego. W Polsce przeważnie kończy się po dożyciu przez ubezpieczonego wieku 60 lat w przypadku kobiet lub 65 lat w przypadku mężczyzn, co jest związane z osiągnięciem wieku emerytalnego. Okres opłaty składki przeważnie pokrywa się z okresem ubezpieczenia. Składka może być opłacona jednorazowo lub w krótszym czasie niż okres ubezpieczenia. Zakładając, że do ubezpieczenia przystępuje osoba w wieku 25 lat, okres ubezpieczenia wynosi 35 lat, płatność świadczenia można przedstawić graficznie w następujący sposób (rys. 4.6):



Rysunek 4.6. Przebieg płatności w ubezpieczeniu mieszanym

Źródło: [Śliwiński, 2002, s. 109].

Ubezpieczenie na wypadek śmierci i dożycia najczęściej jest tworzone w ten sposób, że suma ubezpieczenia wypłacana w razie śmierci i w razie dożycia jest jednakowa. Ubezpieczenie to może być modyfikowane. Główną zaletą tego ubezpieczenia jest możliwość zmiany jego okresu oraz częściowego wykupu. Zmiana okresu obarczona jest pewnymi restrykcjami. Ubezpieczenia te mogą być oferowane w różnych wariantach. Z reguły są to następujące warianty [Stroiński, 1996, s. 128]:

- bez udziału w zyskach,
- z udziałem w zyskach,
- jako polisa niskokosztowa związana ze spłatą kredytu hipotecznego,
- z różnym stosunkiem wypłaty w momencie śmierci i w przypadku dożycia,
- z częściową wypłatą kapitału w okresie ubezpieczenia,
- z gwarantowaną wypłatą po okresie ubezpieczenia,
- jako ubezpieczenie uelastycznione.

4.3.2. Ubezpieczenia posagowe

Ubezpieczenie posagowe to specyficzny rodzaj ubezpieczenia polegający na gromadzeniu oszczędności, które mają zapewnić w przyszłości pomoc finansową dziecku na starcie do samodzielnego życia. Ubezpieczenie to może być zawarte z matką, ojcem lub osobą obcą, która ukończyła 18 lat, nie później jednak niż do wieku 55 lat. Ubezpieczenie kończy się najpóźniej, gdy osoba ubezpieczona osiągnie wiek 75 lat lub uposażone dziecko osiągnie wiek 25 lat.

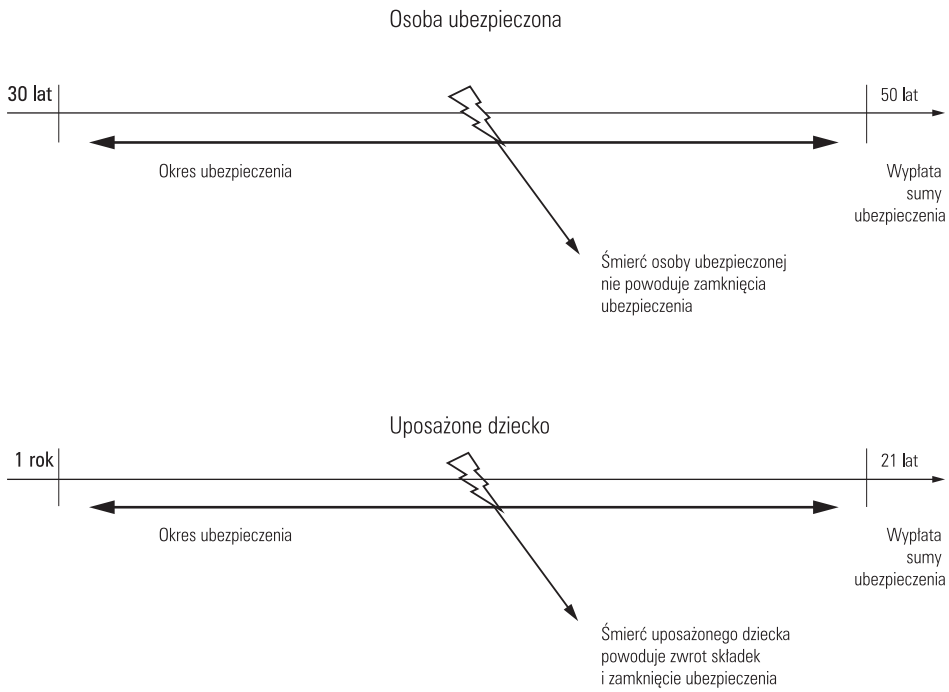
Ryzykiem występującym w przypadku ubezpieczenia dziecka jest śmierć osoby ubezpieczonej (zaopatrującej dziecko). Stąd ubezpieczenie to jest nazwane ubezpieczeniem zaopatrzenia dziecka. Śmierć tej osoby z reguły powoduje utratę przez dziecko szansy na normalny start w dorosłe życie. Ubezpieczenie zaopatrzenia dziecka jest tak skonstruowane, że śmierć osoby ubezpieczonej przed terminem realizacji świadczenia nie powoduje zerwania ubezpieczenia. Jest ono nadal kontynuowane, aż do momentu dożycia przez dziecko ustalonego w umowie ubezpieczenia wieku. Dzieje się tak, ponieważ dziecko nie jest ubezpieczone. Jest ono natomiast uposażone do otrzymania świadczenia. Natomiast w sytuacji gdy w okresie ubezpieczenia nastąpi śmierć dziecka, zakład ubezpieczeń zwraca osobie ubezpieczonej sumę wpłaconych składek pomniejszoną o koszty ubezpieczenia, i tym samym zamyka ubezpieczenie.

Ubezpieczenie zaopatrzenia dziecka może być realizowane w dwóch wariantach:

- ubezpieczenie zaopatrzenia dziecka bez renty,
- ubezpieczenie zaopatrzenia dziecka z rentą.

Ubezpieczenia te różnią się od siebie rodzajem świadczeń, które mogą być z nich wypłacane. Podstawowym celem **ubezpieczenia zaopatrzenia dziecka bez renty** jest zapewnienie startu w dorosłe życie, na przykład sfinansowanie zakupu mieszkania, podjęcia studiów wyższych. W przypadku tego ubezpieczenia mogą być wypłacane następujące świadczenia: suma ubezpieczenia wypłacona w momencie gdy uposażone dziecko dożyje określonego w umowie wieku (najczęściej chodzi o przedział wiekowy od 18 do 25 lat), zwrot składki ubezpieczonemu w sytuacji gdy uposażone dziecko nie dożyje określonego w umowie wieku, przejście

na ubezpieczenie bezskładkowe w przypadku śmierci ubezpieczonego rodzica lub innej osoby. Ubezpieczenie zaopatrzenia dziecka przy założeniach: osoba ubezpieczona ma 30 lat, czas trwania ubezpieczenia 20 lat, dziecko w wieku 1 roku, przedstawiono na rysunku 4.7.



Rysunek 4.7. Schemat ubezpieczenia zaopatrzenia dziecka bez renty

Źródło: opracowanie własne.

Ubezpieczenie zaopatrzenia dziecka z rentą oprócz zapewnienia dziecku pomocy na starcie w dorosłe życie ma na celu pomoc w przypadku śmierci jednego z rodziców w okresie ubezpieczenia. Świadczenie, poza wyżej wymienionymi, może być wypłacane w postaci renty miesięcznej w przypadku śmierci jednego z rodziców lub osoby zaopatrującej. Renta ta może być przedłużona do końca życia, w przypadku gdy dziecko w okresie ubezpieczenia stało się inwalidą. W przypadku ubezpieczenia zaopatrzenia dziecka z rentą ubezpieczonym może być, oprócz ojca i matki, jedynie opiekun prawny dziecka.

Ubezpieczenie zaopatrzenia dzieci może również obejmować życie obojga rodziców, mówimy wówczas o tzw. **ubezpieczeniu zaopatrzenia dziecka na dwa życia**. W sytuacji śmierci jednego z rodziców wypłacana jest renta na podanych po-

wyżej zasadach. Wypłata świadczenia powoduje zwolnienie z opłaty składki niezależnie od tego, który z rodziców umrze. Natomiast w przypadku śmierci obojga rodziców renta jest podwyższana o określony procent (z reguły 50%). Ubezpieczenie to nie ma zastosowania w wariancie ubezpieczenia zaopatrzenia dziecka bez renty.

W ubezpieczeniu na dwa życia ubezpieczone są dwie osoby. Każda z nich charakteryzuje się innym prawdopodobieństwem śmierci. Jak wynika z informacji podanych w podrozdziale 4.2, prawdopodobieństwo zgonu mężczyzn jest z reguły wyższe niż kobiet będących w tym samym wieku. Zakłady ubezpieczeń, tworząc taryfę składek do tego ubezpieczenia, biorą pod uwagę ten fakt. Kalkulując składki, zakłady ubezpieczeń mogą stosować prawdopodobieństwo kombinowane lub metody uproszczone. W ramach metod uproszczonych w sytuacji małej różnicy wieku do szacunków przyjmuje się prawdopodobieństwo zgonu mężczyzny. Prawdopodobieństwo kombinowane szacuje się, uwzględniając wszystkie możliwe sytuacje skutkujące wypłatą renty, czyli: śmierć ojca i matki, śmierć tylko ojca, śmierć tylko matki. W sytuacji śmierci obojga rodziców należy ponadto uwzględnić stopień podwyższenia renty. Prawdopodobieństwo kombinowane jest sumą iloczynów prawdopodobieństw zgonu i przeżycia matki i ojca oraz w przypadku śmierci obojga – wskaźnika podwyższenia renty.

4.3.3. Nowoczesne ubezpieczenia na życie

Opisane wcześniej typy (modele) ubezpieczeń na życie charakteryzują się małą elastycznością i niewielką możliwością modyfikacji w trakcie trwania ochrony. Umowy ubezpieczenia zawierane są na długi okres. W trakcie ich trwania sytuacja życiowa ubezpieczających może ulec radykalnej zmianie. Na przykład utrata pracy czy spadek dochodów może powodować kłopoty związane z terminowym opłacaniem składek. Ponadto silna presja inflacyjna i spadek realnej wartości świadczenia mogą skutkować koniecznością stworzenia nowych, bardziej elastycznych produktów, które eliminowałyby wady produktów klasycznych. Na dodatek w opisanych modelach klienci nie wiedzieli, jaka część składki pokrywa wydatki związane ze świadczeniami, a jaka jest inwestowana. Nie znali również przebiegu tych ubezpieczeń.

Rozwój cywilizacyjny, zmieniające się warunki gospodarcze, wzrost znaczenia rynków finansowych, większa, a praktycznie nieograniczona dostępność alternatywnych źródeł finansowania i sposobów oszczędności niejako wymusiły na zakładach ubezpieczeń stworzenie nowoczesnych usług ubezpieczeniowych. Ponadto szybki rozwój techniki, zwłaszcza techniki obliczeniowej, pozwolił, przy minimalnych nakładach, na ewolucję ubezpieczeń na życie. Nowe rodzaje ubezpieczeń na życie zaczęły się pojawiać w latach siedemdziesiątych XX wieku. Początkowo, już w latach sześćdziesiątych XX wieku w Wielkiej Brytanii, zaczęły się pojawiać tzw.

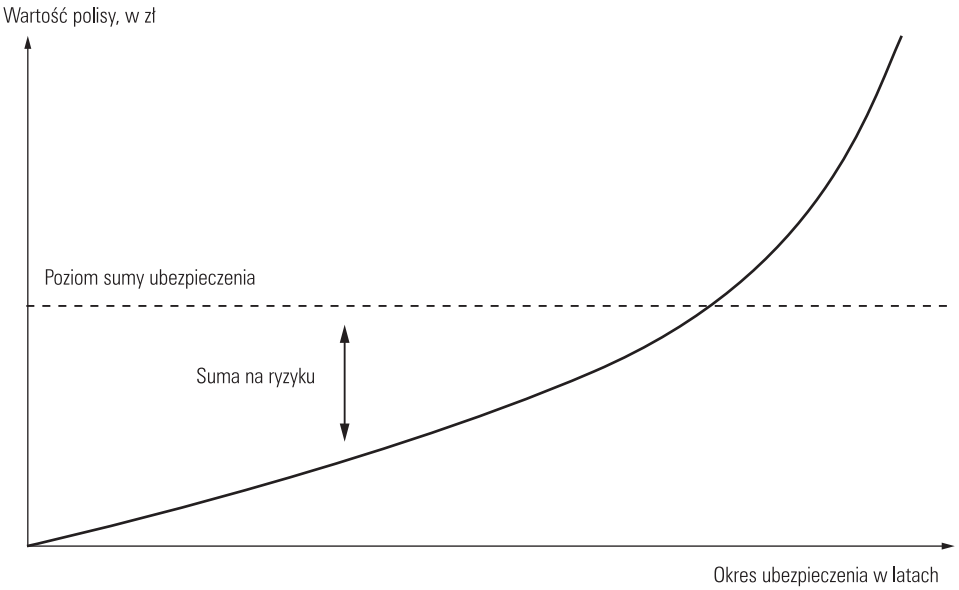
ubezpieczenia uniwersalne. Ubezpieczenia te szybko stały się popularne i rozwinęły również w innych krajach, takich jak USA, Francja czy Niemcy.

Ubezpieczenia uniwersalne zrywają z kanonami ubezpieczeń tradycyjnych, odsłaniając niejako technikę realizacji i przebieg ubezpieczenia na życie. Podstawową zaletą ubezpieczeń uniwersalnych jest możliwość zmiany parametrów ubezpieczenia przez ubezpieczającego. W przypadku ubezpieczeń uniwersalnych ubezpieczający określa zarówno sumę ubezpieczenia, jak i składkę, jaką chce opłacać, oraz może zmieniać te parametry w rocznice polisy. Składka i suma ubezpieczenia pozostają wobec siebie w określonej relacji. W ubezpieczeniach klasycznych ubezpieczający określał składkę, jaką jest w stanie opłacać, a zakład ubezpieczeń wyznaczał sumę ubezpieczenia, lub odwrotnie – ubezpieczający określał sumę ubezpieczenia, a zakład wyliczał odpowiadającą jej składkę. W ubezpieczeniach uniwersalnych możliwość wyboru przez ubezpieczającego zarówno składki, jak i sumy ubezpieczenia (z zachowaniem odpowiedniej relacji między tymi wielkościami) wynika z rozbicia składki na trzy części:

- część pokrywająca koszty administrowania ubezpieczeniem,
- część na opłacenie ryzyka ubezpieczeniowego,
- część oszczędnościowa.

Poziom składki ogranicza wysokość sumy ubezpieczenia, lecz zmiana udziału wymienionych części w składce powoduje możliwość zmiany wysokości sumy ubezpieczenia. Przy wyższej sumie ubezpieczenia większa część składki jest przeznaczana na opłacenie ryzyka ubezpieczeniowego, a mniejsza na część oszczędnościową. Zmniejszenie sumy ubezpieczenia powoduje, że udział części przeznaczonej na opłacenie ryzyka maleje, a rośnie część oszczędnościowa. Część pokrywająca koszty administrowania ubezpieczeniem jest stała. Część oszczędnościowa składki jest inwestowana w ramach odpowiednich funduszy. Wartość części oszczędnościowej przyrasta w miarę generowania zysków inwestycyjnych. Część oszczędnościowa powiększona o zyski z inwestycji tworzy tzw. wartość polisy. Część oszczędnościowa jest gromadzona na indywidualnych kontach powiązanych z daną polisą ubezpieczeniową. Kapitał zebrany w ramach części oszczędnościowej może być zamieniony na jednostki uczestnictwa w wybranych funduszach inwestycyjnych. Mamy wówczas do czynienia z ubezpieczeniami powiązanymi z funduszem inwestycyjnym (*unit-linked insurance*). Wartość polisy rośnie w miarę generowania zysków inwestycyjnych oraz opłacania kolejnych rat składek (poza przypadkami, kiedy składka jest opłacona jednorazowo). W trakcie trwania okresu ubezpieczenia różnica pomiędzy wartością polisy a sumą ubezpieczenia zmniejsza się. Po odpowiednim czasie wartość polisy może przekroczyć sumę ubezpieczenia, co powoduje, że zakład ubezpieczeń nie ponosi już ryzyka, gdyż w momencie śmierci wypłacana jest suma ubezpieczenia lub wartość polisy, w zależności od tego, która jest wyższa. Na rysunku 4.8 zaprezentowano zależność pomiędzy wartością polisy a okresem ubezpieczenia. Zaznaczono także

poziom sumy ubezpieczenia oraz tzw. sumę na ryzyku (różnicę między wartością polisy a sumą ubezpieczenia). Zaprezentowane zmiany wartości polisy oraz sumy ubezpieczenia w zależności od okresu trwania ubezpieczenia stanowią podstawowy przebieg ubezpieczenia uniwersalnego[7].



Rysunek 4.8. Podstawowy przebieg ubezpieczenia uniwersalnego

Źródło: [Stroiński, 1996, s. 161].

Ryzyko śmierci osoby ubezpieczonej rośnie wraz z jej wiekiem. Powoduje to, że uzależnienie składki od aktualnego poziomu ryzyka w danym wieku stwarzałoby konieczność jej podwyższania z każdym rokiem trwania ubezpieczenia. W klasycznych ubezpieczeniach składka oszacowana w momencie wstępu do ubezpieczenia wynika z uśrednionego poziomu ryzyka. Uśredniona składka uwzględnia ryzyko śmierci w całym okresie ubezpieczenia. Powoduje to, że w początkowych latach trwania ubezpieczenia składka jest nadpłacana w stosunku do aktualnego poziomu ryzyka śmierci. Natomiast w okresie końcowym składka jest niedopłacana w stosunku do ryzyka śmierci wynikającego z aktualnego wieku ubezpieczonego. Nadpłacona część składki w okresie początkowym powinna pokryć niedobór w związku z niedopłatą w okresie końcowym. W przypadku ubezpieczeń uniwersalnych, w związku z tym że wartość polisy rośnie w trakcie trwania ubezpieczenia, nie ma konieczności stosowania uśrednionej składki. Przyrost prawdopodobieństwa

[7] Inne warianty, według których mogą przebiegać ubezpieczenia uniwersalne, zob. np. [Stroiński, 1996, s. 159].

zgonu jest bowiem niwelowany malejącą sumą na ryzyku. Część składki związana z opłatą za ryzyko jest wobec tego obliczana na podstawie prawdopodobieństwa zgonu odpowiadającego danemu wiekowi ubezpieczonego. Najważniejsze różnice pomiędzy klasycznymi a uniwersalnymi ubezpieczeniami na życie zestawiono w tabeli 4.3.

Tabela 4.3. Podstawowe różnice pomiędzy klasycznymi a uniwersalnymi ubezpieczeniami na życie

Klasyczne ubezpieczenia	Uniwersalne ubezpieczenia
1. Kalkulacja składek	
Uśrednione ryzyko śmierci	Aktualne ryzyko śmierci w danym wieku ubezpieczonego
2. Suma ubezpieczenia	
Ustalona na początku okresu ubezpieczenia	Elastyczna – dopasowana do potrzeb klienta
3. Przebieg ubezpieczenia	
Relatywnie stały	Dopasowany do potrzeb i możliwości klienta
4. Ryzyko ubezpieczeniowe	
Transfer na zakład ubezpieczeń	Częściowy transfer na zakład ubezpieczeń – zakłady ubezpieczeń przerzucają ryzyko inwestycyjne na ubezpieczającego

Źródło: [Śliwiński, 2012].

Ubezpieczenia uniwersalne stanowią podstawę rozwoju ubezpieczeń na życie z wyodrębnioną częścią ochronną oraz częścią oszczędnościową. Do tych form ubezpieczeń można zaliczyć:

- elastyczne ubezpieczenie na życie (*adjustable life insurance*),
- zmienne ubezpieczenie na życie (*variable life insurance*),
- ubezpieczenie na życie z funduszem inwestycyjnym (*unit-linked life insurance*).

Elastyczne ubezpieczenie na życie łączy w sobie zalety ubezpieczenia terminowego z zaletami ubezpieczenia na całe życie. Fundamentem tego ubezpieczenia są zasady ubezpieczenia na całe życie. Podstawowa różnica polega na tym, że ubezpieczony ma możliwość zmiany warunków ubezpieczenia, czyli sumy ubezpieczenia i odpowiadającej jej składki. Zmiana warunków jest możliwa w rocznicę polisy lub w innym ustalonym przez zakład ubezpieczeń okresie. Elastyczność tego ubezpieczenia polega na tym, że ubezpieczony w miarę zmiany swojej sytuacji finansowej może zwiększyć lub zmniejszyć sumę ubezpieczenia, wpływając tym samym na poziom wpłacanej przez niego składki.

Ubezpieczenie zmienne na życie polega na tym, że kapitał zgromadzony w ramach tego ubezpieczenia jest zapisywany oddzielnie i może być inwestowany zgodnie z wolą ubezpieczonego, z tym że zakład ubezpieczeń z reguły określa możliwe warianty inwestycji. Wartość polisy nie jest gwarantowana przez zakład ubezpieczeń, a zależy od stopy zwrotu z inwestycji, wobec czego zmienia się w czasie.

Obecnie najbardziej rozpowszechnione są ubezpieczenia na życie **powiązane z funduszem inwestycyjnym**. Ubezpieczenia te należą do grupy ubezpieczeń typu *unit-linked*. Geneza powstania tej nazwy jest związana z tym, że w ubezpieczeniach z funduszem inwestycyjnym z części oszczędnościowej dokonuje się zakupu jednostek uczestnictwa w wybranych funduszach inwestycyjnych. Zgromadzone przez ubezpieczonego w ramach ubezpieczenia środki stanowią fundusz, z którego nabywane są jednostki udziałowe po cenie określonej na dany dzień przez zakład ubezpieczeń. Środki na zakup jednostek uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych pochodzą z części oszczędnościowej składki. Wartość polisy zmienia się w zależności od ceny jednostki udziałowej.

W klasycznych modelach ubezpieczeń na życie suma ubezpieczenia ustalana jest z góry, przy założeniu przeciętnej technicznej stopy procentowej. **Techniczna stopa zwrotu** to przewidywana stopa zwrotu z inwestycji w okresie ubezpieczenia. Ryzyko osiągnięcia ustalonej stopy zwrotu dotyczy zakładu ubezpieczeń. Ustalenie technicznej stopy procentowej na zbyt wysokim poziomie w stosunku do obowiązujących rynkowych stóp procentowych narażało zakład ubezpieczeń na poważne straty finansowe. Dlatego ustawodawca wprowadził ograniczenie górne dotyczące technicznej stopy procentowej[8]. Ubezpieczenie z funduszem inwestycyjnym minimalizuje to ryzyko, ponieważ ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający. Powoduje to określone konsekwencje zarówno dla zakładu ubezpieczeń, jak i dla samego ubezpieczonego. Ubezpieczyciel przenosi część ryzyka na ubezpieczającego, tracąc oczywiście część zysków. Ubezpieczający, przejmując ryzyko, ma możliwość osiągnięcia wyższej stopy zwrotu z inwestycji i powiększenia wartości polisy. Ubezpieczony ponadto w każdej chwili jest w stanie określić stan środków zgromadzonych na swoim koncie ubezpieczeniowym.

[8] Zgodnie z § 46 pkt 3 cyt. rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji wysokość maksymalnej stopy technicznej jest ustalana i ogłaszana przez organ nadzoru w terminie do dnia 31 stycznia każdego roku. Maksymalna techniczna stopa procentowa ustalana jest według formuły zawartej w załączniku nr 9 do tego rozporządzenia. Wysokość maksymalnej stopy technicznej (J) w danym roku obrotowym (R) oblicza się w sposób następujący: $J = 60\% \cdot (50\% \cdot I1 + 30\% \cdot I2 + 20\% \cdot I3)$, gdzie I1, I2, I3 oznaczają średnie ważone roczne rentowności obligacji Skarbu Państwa o stałym oprocentowaniu, z okresem wykupu nie krótszym niż 8 lat, uzyskane na rynku pierwotnym, w ostatnich 3 latach, przy czym I1 oznacza rentowność w roku R–1, I2 rentowność w roku R–2, a I3 rentowność w roku R–3. Przez określenie „średnia ważona roczna rentowność obligacji Skarbu Państwa" rozumie się średnią ważoną rentowności uzyskanych na pierwotnych przetargach w odpowiednim roku, gdzie wagami są wartości nominalne obligacji sprzedanych na poszczególnych przetargach.

Ubezpieczenie z funduszem inwestycyjnym pomimo wielu cech typowych dla oszczędności zachowuje charakter ochronny. Świadczenie, równe sumie ubezpieczenia, wypłacane jest w chwili śmierci ubezpieczonego. Z reguły świadczenie wypłacane jest uposażonemu lub, jeśli uposażony nie występuje, prawnym spadkobiercom ubezpieczonego. Suma ubezpieczenia składa się zazwyczaj z dwóch części. Część pierwsza stanowi wartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnym rachunku. Jednostki te wyceniane są przez zakład ubezpieczeń. W przypadku śmierci przyjmuje się wartość jednostek uczestnictwa według wyceny najbliższej po zakwalifikowaniu świadczenia do wypłaty. Część drugą sumy ubezpieczenia stanowi kwota dodatkowa gwarantowana przez zakład ubezpieczeń na wypadek śmierci. Kwota ta jest określana jako procent od wartości jednostek uczestnictwa. Wartość gwarantowana w razie śmierci jest ustalana w momencie podpisania umowy ubezpieczenia. Ubezpieczony w każdą rocznicę polisy może ją zmienić.

Ubezpieczenie z funduszem inwestycyjnym, podobnie jak w przypadku klasycznych typów ubezpieczeń na życie, może być również uzupełniane o dodatkowe opcje. Na przykład świadczenie może być wypłacane w momencie śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku. Mogą być także pokryte koszty pobytu w szpitalu. Wówczas ubezpieczony zobowiązany jest do opłaty dodatkowej składki. Ubezpieczony może również w każdej chwili opłacić składkę dodatkową w celu podwyższenia wartości polisy. W każdą rocznicę polisy gwarantowane świadczenie z tytułu śmierci jest podwyższane o tzw. wskaźnik indeksacji. Wskaźnik ten ustalany jest przez zakład ubezpieczeń na podstawie wskaźnika wzrostu cen towarów i usług. Ubezpieczony może nie wyrazić zgody na indeksację, wówczas po drugiej rocznicy polisy traci możliwość indeksacji. Indeksacja zabezpiecza świadczenie przed utratą realnej wartości na skutek inflacji. Indeksacja oczywiście powoduje proporcjonalny wzrost składki ubezpieczeniowej. W okresie ubezpieczenia klient może również dokonać jego wykupu. Wykup może być częściowy lub całkowity. Warunki wykupu ustala zakład ubezpieczeń i umieszcza je w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Wykup całkowity powoduje rozwiązanie umowy ubezpieczenia. Ubezpieczającemu wypłacana jest wówczas wartość jednostek uczestnictwa. W przypadku wykupu w całości ubezpieczający ma możliwość skorzystania z wariantu zastępczego. Polega on na tym, że zakład ubezpieczeń na wniosek ubezpieczającego może zawrzeć nową umowę ubezpieczenia na podstawie starych, podanych wcześniej przez ubezpieczającego informacji. Wykup częściowy nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia. Warunkiem dokonania wykupu częściowego jest to, że kwota wykupu nie może być niższa od ustalonego przez zakład ubezpieczeń minimum. W związku z tym wykup ten może być zrealizowany po kilku latach trwania umowy ubezpieczenia. W momencie wykupu częściowego świadczenie gwarantowane z tytułu śmierci jest pomniejszane o kwotę stanowiącą przedmiot wykupu.

Ubezpieczenia na życie powiązane z funduszem inwestycyjnym można scharakteryzować następująco:

- fundusz inwestycyjny jest tworzony indywidualnie dla każdego ubezpieczonego i ujawniony ubezpieczającemu,
- ryzyko finansowe inwestycji funduszu ponosi ubezpieczający (nie ma gwarancji dochodu),
- wybór kierunków i sposobów inwestowania dokonywany jest przez ubezpieczającego.

Ubezpieczenia z funduszem inwestycyjnym stały się niezwykle popularne w Polsce. Popularność ta w dużej mierze wynika z możliwości optymalizacji podatków od zysków kapitałowych. W Polsce ubezpieczenia na życie powiązane z funduszem inwestycyjnym ze względu na składkę przypisaną brutto znajdują się na drugim miejscu po klasycznych ubezpieczeniach na życie. Na koniec 2012 roku udział składki przypisanej brutto z tych ubezpieczeń w składce całkowitej działu ubezpieczeń na życie przekroczył 33%[9].

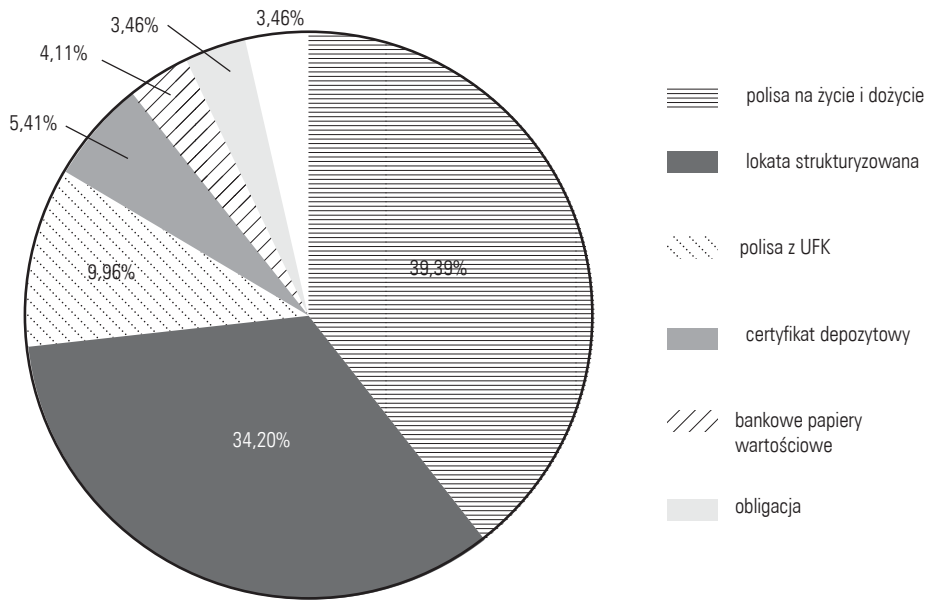
Odmianą nowoczesnych ubezpieczeń są także produkty, w których ubezpieczenia są powiązane z instrumentami pochodnymi. Mówimy wówczas o tzw. produktach strukturyzowanych. W Polsce produkty strukturyzowane sprzedawane są głównie jako polisy ubezpieczeniowe. Najbardziej popularne są ubezpieczenia na życie i dożycie. Sprzedaż produktów strukturyzowanych w formie ubezpieczeń na życie i dożycie stanowi około 40% wszystkich zakupionych produktów strukturyzowanych. Na rysunku 4.9 zaprezentowano strukturę sprzedaży produktów strukturyzowanych według różnych form.

Usługa finansowa, aby mogła być potraktowana jako produkt strukturyzowany, powinna spełniać cztery wymogi. Są to:

- częściowa lub pełna ochrona kapitału,
- określony czas trwania inwestycji,
- zasady ustalania stopy zwrotu,
- instrument bazowy.

Gwarancja ochrony kapitału polega na tym, że po zakończeniu inwestycji inwestor uzyskuje 100% kwoty, którą zainwestował. Jednocześnie inwestor ma szanse na określony udział w zyskach wygenerowanych przez instrument finansowy, na którym opiera się dany produkt. Produkt strukturyzowany daje możliwość osiągnięcia zysku, minimalizując straty. Na rynku występują również produkty bez gwarancji ochrony kapitału. Produkty te są bardziej ryzykowne. Dają możliwy większy udział w zyskach, jednak przy jednoczesnej akceptacji ewentualnej straty możliwej do wygenerowania przez instrument pochodny, na którym bazuje produkt strukturyzowany.

[9] Wyliczenia na podstawie danych publikowanych przez Komisję Nadzoru Finansowego.



Rysunek 4.9. Struktura sprzedaży produktów strukturyzowanych

Źródło: [*Rynek produktów strukturyzowanych*…].

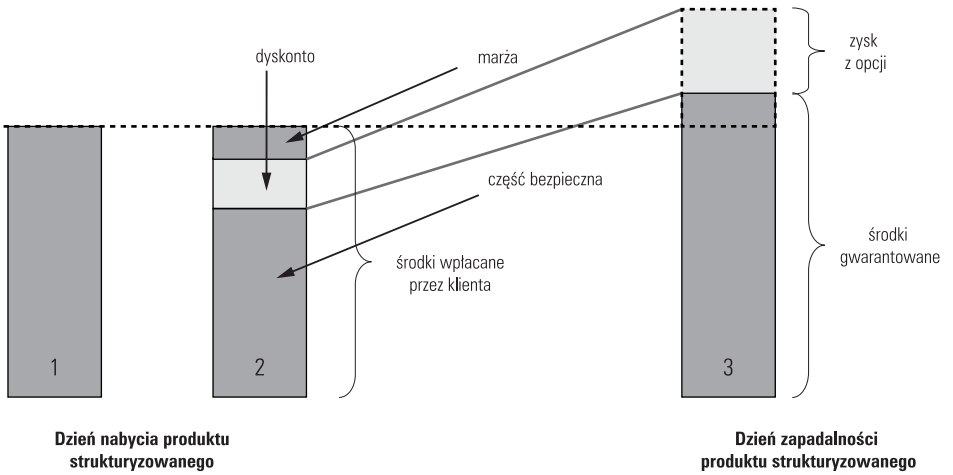
Kolejną cechą instrumentu bazowego jest to, że w momencie zakupu inwestor powinien wiedzieć, od jakich czynników będzie uzależniony jego zysk, tzn. jaki instrument bazowy jest podstawą produktu oraz jaki wpływ będą miały zmiany wartości instrumentu bazowego na zysk. Stopa zwrotu z inwestycji w produkty strukturyzowane oparta jest na z góry określonej formule.

Środki zainwestowane w produkt strukturyzowany zostają podzielone na trzy części (rys. 4.10):

- inwestycja w bezpieczne instrumenty finansowe (obligacje skarbowe, bony skarbowe),
- inwestycja w instrument pochodny,
- marża dla emitenta (instytucji finansowej).

Część pierwsza dotyczy tzw. inwestycji bezpiecznej. Jest to część kapitału przeznaczona na zakup np. obligacji skarbowych gwarantujących ustalony dochód. Wysokość kapitału stanowiąca inwestycję bezpieczną określona jest na takim poziomie, aby po upływie okresu zapadalności dać inwestorowi zwrot z zainwestowanego kapitału na poziomie gwarantowanym. Pozostała część kapitału zainwestowanego przez inwestora przeznaczona jest na zakup instrumentu pochodnego, który generuje oczekiwany zysk. Ostatnia część jest przeznaczona na marżę dla emitenta. Ogólnie wartość marży dla instytucji finansowych jest określona i pobie-

rana *ex ante*. Oprócz tego może być również pobierana tzw. opłata dystrybucyjna, stanowiąca kilka procent inwestycji [Mokrogulski, Sepielak, 2010, s. 12–14].



Rysunek 4.10. Konstrukcja produktu strukturyzowanego

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Mokrogulski, Sepielak, 2010, s. 12–14].

Produkty strukturyzowane mogą być także konstruowane na podstawie umowy ubezpieczenia na życie z UFK. Cechą wyróżniającą ten produkt ubezpieczeniowy jest mechanizm, który uzależnia wysokość świadczenia od wyników osiągniętych przez wyodrębniony fundusz kapitałowy. Wyodrębnione środki są lokowane w oznaczonym funduszu inwestycyjnym. Z punktu widzenia inwestora zasady funkcjonowania produktów strukturyzowanych w formie ubezpieczenia na życie z UFK są zbliżone do inwestycji w funduszu inwestycyjnym [*ibidem*, s. 10, 14].

Słowa kluczowe

- Modele ubezpieczeń na życie
- Ryzyko w ubezpieczeniach na życie
- Składka w ubezpieczeniach na życie
- Tablice trwania życia
- Ubezpieczenia na życie

Pytania kontrolne

1. Czy wszystkie rodzaje ubezpieczeń na życie realizują funkcję oszczędnościową?
2. Jakie typy ubezpieczeń wyróżnia się w ramach klasycznych ubezpieczeń na życie?
3. Co jest przedmiotem ubezpieczenia na całe życie?

4. W jakich podstawowych wariantach może być realizowane ubezpieczenie na wypadek śmierci?
5. Co jest celem tzw. ubezpieczenia mieszanego?
6. Na czym polega ubezpieczenie posagowe?
7. W jakich dwóch wariantach może być realizowane ubezpieczenie zaopatrzenia dzieci?
8. Czym się charakteryzuje ubezpieczenie zaopatrzenia dzieci na dwa życia?
9. Co to jest ubezpieczenie uniwersalne na życie?
10. Czy wartość polisy to to samo co suma ubezpieczenia?
11. Na czym polega ubezpieczenie zmienne na życie?
12. W jaki sposób ubezpieczenie na życie może być powiązane z funduszem inwestycyjnym?
13. Co to jest techniczna stopa procentowa?
14. Jakie wymogi powinna spełniać usługa finansowa, aby mogła być potraktowana jako produkt strukturyzowany?

5 Charakterystyka produktów z zakresu ubezpieczeń majątkowych i pozostałych osobowych

Niniejszy rozdział omawia temat ubezpieczeń oferowanych przez zakłady ubezpieczeń prowadzące działalność w dziale II według załącznika o podziale ryzyka do ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Znajdują się tu zarówno ubezpieczenia majątkowe, jak i osobowe, ale konstrukcja produktów i sposób ich funkcjonowania różnią się od tych, które oferowane są w dziale I (ubezpieczenia na życie). Te cechy charakterystyczne przedstawione zostały pokrótce w pierwszym podrozdziale w ujęciu ogólnym. Z uwagi jednak na wielość produktów konstruowanych w praktyce przez ubezpieczycieli oraz specyfikę poszczególnych grup ubezpieczeń, przedmiotu ubezpieczenia i profilu ryzyka w następnych podrozdziałach omówiono oddzielnie najważniejsze rodzaje produktów oferowanych przez ubezpieczycieli działu II. Zakończenie stanowi uogólniona problematyka oceny i wyboru produktu ubezpieczeniowego z perspektywy podmiotu poszukującego ochrony ubezpieczeniowej.

5.1. Specyfika ubezpieczeń majątkowych i pozostałych osobowych

I. Kwiecień

Ubezpieczenia majątkowe i pozostałe osobowe należą do działu II zgodnie z podziałem ryzyka w załączniku do ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Produkty w tym dziale charakteryzują się następującymi **cechami**, odmiennymi od tych, które dotyczą produktów z działu I (ubezpieczenia na życie):

- Krótkookresowość – umowy ubezpieczenia majątkowego zazwyczaj zawierane są na stosunkowo niedługie okresy. Standardowe są polisy roczne. Zawsze

istnieje też możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia na okres krótszy lub dłuższy – związany z okresem trwania ryzyka (okres udzielenia kredytu, czas podróży). Składka podstawowa kalkulowana jest przez zakład także dla okresów rocznych, choć przy ubezpieczeniach dużego ryzyka zakłady stosują dla stałych klientów polisy wieloletnie, dla których składkę także kształtują dla tych okresów (co może znacznie obniżyć jej wartość). Umowy ubezpieczeń majątkowych są „zamknięte" – strony zawsze oznaczają czas ich trwania. Mogą jednak, jak już wspomniano, zawierać klauzule prolongacyjne.

- Samodzielność – cecha ta jest istotna dla ubezpieczeń ryzyka wypadku i choroby, które w dziale II funkcjonują jako samodzielne produkty, a w dziale I jako związane z którymś z innych produktów (na życie, rentowym, posagowym lub na życie z funduszem kapitałowym). Nie wyklucza to jednakże funkcjonowania w praktyce działu II formuł powiązanych, bowiem zakłady oferują np. pakiety ubezpieczeń obejmujące powiązane produkty sprzedawane łącznie. Niektóre z ubezpieczeń funkcjonują jako klauzule dodatkowe w innych produktach, np. ubezpieczenie *assistance* czy ochrony prawnej.
- Brak udziału w zyskach wypracowanych przez ubezpieczyciela, brak formuł inwestycyjnych, bowiem cel ubezpieczenia jest inny, skoncentrowany na kompensacji straty czy koniecznych wydatków.

Natomiast podobnie jak w przypadku działu I, produkty w dziale II przyjmować mogą formułę zarówno indywidualną, jak i zbiorową, gdzie ochroną objęta jest większa liczba podmiotów (np. ubezpieczenie OC grupy zawodowej) lub przedmiotów (ubezpieczenie floty pojazdów czy portfela nieruchomości). W obrębie działu II produkty tworzone są w 18 grupach, z których dwie pierwsze obejmują ubezpieczenia osobowe, w tym ubezpieczenia wypadku i choroby, a pozostałe (grupy 3–18) obejmują ubezpieczenia majątkowe.

Poza wskazanymi powyżej cechami, dalsze odmienności wynikają ze **specyfiki przedmiotu ubezpieczenia** i tym samym różnią się dla ubezpieczeń pozostałych osobowych i majątkowych. Przypomnijmy, że **przedmiot ubezpieczenia** to przedmiot, w stosunku do którego może się zrealizować wypadek ubezpieczeniowy, obejmowany ochroną na podstawie umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczenia pozostałe osobowe obejmują ochroną dobra osobiste w postaci życia, zdrowia, zdolności do pracy. Stąd aktualne pozostaną niektóre uwagi w rozdziale 4, dotyczące ubezpieczenia ryzyka wypadku i choroby, tj. produktów w grupie 5 działu I. Dobra będące przedmiotem ubezpieczenia są niezbywalne i trudne do oszacowania, jakkolwiek w praktyce przedmiotem kompensacji są często określone koszty, generowane powstałym uszczerbkiem w dobrach.

Przedmiotem ubezpieczenia majątkowego może być każdy interes majątkowy, niesprzeczny z prawem i dający się ocenić w pieniądzu (por. art. 821 k.c.). Ubezpieczenia majątkowe dotyczą zatem dóbr majątkowych w postaci rzeczy lub innych wartości majątkowych, w tym zobowiązań, wierzytelności, należności. Dobra te są

zasadniczo zbywalne i możliwe do oszacowania (można ustalić wartość przedmiotu ubezpieczenia – WPU), choć w praktyce ustalenie tej wartości nie zawsze jest proste. W obrębie ubezpieczeń majątkowych jest wiele grup mających specyficzną charakterystykę, szczególnie dotyczy to ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej. Kwestie te zostały ujęte w następnych podrozdziałach dotyczących poszczególnych produktów.

Zestawienie różnic i cech specyficznych omawianych ubezpieczeń osobowych i majątkowych oraz konsekwencji tej charakterystyki w ujęciu uniwersalnym prezentuje tabela 5.1. W tabeli uwzględnione zostały podstawowe odmienności ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej. Należy także pamiętać, że specyfika determinuje odmienność produktów w praktyce, reguł i zasad ich tworzenia i funkcjonowania, przekłada się zarówno na różnice w procesie ustalania zakresu ochrony, obowiązki umowne, jak i przebieg procesu likwidacji szkody. Implikuje także pewne odrębności regulacyjne.

Tabela 5.1. Specyfika ubezpieczeń pozostałych osobowych i majątkowych

Wyszczególnienie	Osobowe	Majątkowe
1	2	3
Ryzyko/przedmiot ubezpieczenia	Dobra osobiste ▸ życie ▸ zdrowie ▸ zdolność do pracy	Majątek/interes majątkowy ▸ rzeczy ▸ sytuacja majątkowa (wierzytelności, przyszłe zobowiązania, przyszłe spodziewane wartości)
Zbywalność przedmiotu ubezpieczenia	Niezbywalne	Zbywalne (wyj. odpowiedzialność osobista podmiotu) Możliwe jest przeniesienie praw za zgodą ubezpieczyciela (art. 823 § 1 k.c.). W OWU* można wprowadzić klauzulę przejścia bez wymogu zgody. W braku przeniesienia stosunek ubezpieczenia wygasa z chwilą przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę
Podmiot/posiadacz dóbr/interesu	Osoba fizyczna	Osoba fizyczna Osoba prawna Inne podmioty
Wartość przedmiotu ubezpieczenia	Subiektywna /niemożliwa do definitywnego oszacowania	Możliwa do oszacowania w pieniądzu

1	2	3
Suma ubezpieczenia / Suma gwarancyjna	Suma gwarancyjna Umowna Na podstawie analizy potrzeb Nie znajduje zastosowania zakaz wzbogacenia w przypadku szkody niewymiernej. Nie znajduje zastosowania klauzula odpowiedzialności proporcjonalnej, choć istnieje ryzyko ustalenia sumy ubezpieczenia nieadekwatnej (zbyt niskiej) w stosunku do rzeczywistych kosztów/potrzeb	Suma ubezpieczenia (w ubezpieczeniach innych niż OC): Zależna od wartości przedmiotu ubezpieczenia, powinna być jej równa. Ekwiwalentność ta powinna być utrzymywana w całym okresie ubezpieczenia (żądanie zmiany, klauzule automatyczne). Pojawia się możliwość zaistnienia nadubezpieczenia (niecelowe z uwagi na zakaz wzbogacenia) lub niedoubezpieczenia (niekorzystne w przypadku stosowania klauzuli odpowiedzialności proporcjonalnej) Suma gwarancyjna (w ubezpieczeniach OC): Umowna, ustalana na podstawie analizy ryzyka – potencjalnej wielkości zobowiązania
Wypadek ubezpieczeniowy	Negatywny (inaczej niż w niektórych ubezpieczeniach działu I)	Negatywny
Okres karencji	Stosowany do określonych kategorii zdarzeń	Stosowany do określonych kategorii zdarzeń, z wyj. ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej
Obowiązek prewencji	Nie	Tak – w zakresie ratowania przedmiotu ubezpieczenia, zapobieżenia szkodzie lub zwiększenia jej rozmiarów, z użyciem dostępnych środków
Szkoda	Na osobie, o charakterze majątkowym lub nie: Niewymierna (naruszenie dóbr, np. trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW). Wymierna (np. koszty medyczne powstałe w konsekwencji zachorowania lub wypadku)	Wymierna (wartość przedmiotu ubezpieczenia, koszty dodatkowe), o charakterze majątkowym. Co do zasady, kompensacie podlega szkoda bezpośrednia, wyj. w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej oraz produktach lub klauzulach, które wyraźnie obejmują ochroną szkody pośrednie (np. utracony zysk) Wyj. w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej, gdzie kompensacji podlega szkoda u poszkodowanego, która może mieć postać szkody na mieniu, na osobie, charakter majątkowy lub nie – jednak z punktu widzenia ubezpieczonego następuje kompensacja straty finansowej w postaci jego zobowiązania do kompensacji szkody u poszkodowanego

1	2	3
Beneficjent	Ubezpieczony Uposażony – w razie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku	Ubezpieczony/posiadacz interesu Poszkodowany w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej (roszczenie bezpośrednie – *actio directa*) Uprawniony – np. w przypadku cesji praw z ubezpieczenia
Świadczenie ubezpieczyciela	Świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej. Proces likwidacji szkody zmierza do ustalenia odpowiedzialności za dane zdarzenie Świadczenie w postaci odszkodowania – zwrotu kosztów. Proces likwidacji szkody zmierza do ustalenia odpowiedzialności i wysokości szkody (poniesionych, należnych kosztów)	Odszkodowanie mające na celu kompensatę szkody. W procesie likwidacji szkody konieczne jest ustalenie wielkości szkody. Zastosowanie znajduje zakaz wzbogacenia oraz klauzula odpowiedzialności proporcjonalnej (z wyj. systemu ubezpieczenia na pierwsze ryzyko)
Potrącenia	Stosowane wyjątkowo – w ubezpieczeniach kosztów	Stosowane standardowo Udział własny, franszyza integralna lub redukcyjna W ubezpieczeniach OC możliwe stosowanie zmniejszenia świadczenia w przypadku przyczynienia się poszkodowanego do powstania zdarzenia lub szkody (art. 362 k.c.)
Kumulacja świadczeń	Dopuszczalna, z wyjątkiem świadczeń w postaci zwrotu kosztów	Niedopuszczalna, jeżeli prowadzi do wzbogacenia Kodeksowa reguła odpowiedzialności – proporcjonalnie w stosunku do sum ubezpieczenia w razie ubezpieczenia wielokrotnego (art. 824 § 2 k.c.)
Konsumpcja sumy ubezpieczenia	Wyjątkowo w ubezpieczeniach kosztów	Stosowana standardowo, wyjątki w ubezpieczeniach mienia na sumy stałe, w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej z sumą gwarancyjną na każde zdarzenie

1	2	3
Regres	Nie	Ubezpieczyciel zyskuje prawo do dochodzenia zwrotu wypłaconego świadczenia od podmiotu odpowiedzialnego za szkodę (wyjątki w art. 828 k.c.) Ograniczony w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej (tzw. regres nietypowy)

* Ogólne warunki ubezpieczenia

Źródło: opracowanie własne.

Wyjaśnienie podstawowych pojęć występujących w tabeli 5.1:

- karencja – odroczenie materialnego początku ochrony ubezpieczeniowej,
- potrącenia – pomniejszenie wysokości należnego świadczenia według zasad ustalonych w umowie lub przepisach prawa,
- kumulacja świadczeń – łączenie świadczeń z kilku umów ubezpieczenia dotyczących tego samego zdarzenia i postaci szkody,
- konsumpcja sumy ubezpieczenia – zmniejszenie sumy ubezpieczenia o wartość wypłaconego świadczenia,
- regres – uprawnienie do dochodzenia zwrotu wypłaconego świadczenia od sprawcy (podmiotu odpowiedzialnego za powstanie zdarzenia/szkody).

Słowa kluczowe

- Przedmiot ubezpieczenia
- Ubezpieczenia majątkowe
- Ubezpieczenia pozostałe osobowe
- Wartość przedmiotu ubezpieczenia

Pytania kontrolne

1. Wymień i scharakteryzuj krótko trzy podstawowe cechy produktów działu II.
2. Jakie dobra obejmują ochroną ubezpieczenia tzw. pozostałe osobowe?
3. Jakie dobra obejmują ochroną ubezpieczenia majątkowe?
4. Scharakteryzuj sumę ubezpieczenia w ubezpieczeniach majątkowych.
5. Czym się różni świadczenie w ubezpieczeniach majątkowych i osobowych?
6. Na czym polega kumulacja świadczeń i w których produktach jest dopuszczalna?

5.2. Ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe

M. Borda, M. Osak

Po przeczytaniu tego podrozdziału Czytelnik powinien:

- umieć opisywać ryzyko choroby i ryzyko wypadku,
- poznać kryteria wyodrębniania ubezpieczeń chorobowych, wypadkowych i zdrowotnych,
- poznać rodzaje i zakres ubezpieczenia podstawowych produktów ubezpieczeń chorobowych i wypadkowych,
- poznać definicje nieszczęśliwego wypadku, trwałego uszczerbku na zdrowiu, niezdolności do pracy,
- rozróżniać i charakteryzować funkcje ubezpieczeń prywatnych w publicznym zabezpieczeniu zdrowotnym.

5.2.1. Ryzyko choroby i ryzyko wypadku a rodzaje ubezpieczeń

Ryzyko choroby i ryzyko (nieszczęśliwego) wypadku należą do kategorii ryzyka osobowego (*personal risks*), którego wystąpienie powoduje straty bezpośrednio w wartościach osobistych, takich jak życie, zdrowie i zdolność do pracy. Wyodrębnienie tych dwóch rodzajów ryzyka ze spektrum ryzyka osobowego następuje poprzez odniesienie do rodzaju zagrożenia, tj. choroby bądź nieszczęśliwego wypadku.

Nieszczęśliwy wypadek definiowany jest na ogół jako zdarzenie, które spełnia łącznie następujące warunki [por. Stroiński, 2003, s. 240; Domański, 2013, s. 212]: (1) występuje w sposób nagły, (2) jest niezależne od woli ubezpieczonego (a precyzyjniej mówiąc, występuje wbrew woli ubezpieczonego), (3) jest wywołane przyczyną zewnętrzną, (4) powoduje trwały uszczerbek na zdrowiu (kalectwo) w następstwie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia bądź śmierć osoby ubezpieczonej. Z kolei termin **choroba**, choć większości wydaje się jednoznaczny, można rozumieć niejako na dwóch poziomach odniesienia. Po pierwsze, w przytoczonym rozróżnieniu choroba jest czymś odrębnym od nieszczęśliwego wypadku, choć obie sytuacje związane są z niekorzystnym zdarzeniem w życiu człowieka. W takim ujęciu percypujemy chorobę poprzez różne jej rodzaje (np. choroba Parkinsona, choroba niedokrwienna). Choroba jawi się tutaj jako zdarzenie pochodzące z wnętrza ciała człowieka (schorzenie samoistne/biologiczne) w przeciwieństwie do nieszczęśliwego wypadku, który jest zdarzeniem zewnętrznym w stosunku do ciała ludzkiego, a na ciele ujawniają się jego konsekwencje. Po drugie, właśnie konsekwencje nieszczęśliwego wypadku, ale i choroby samoistnej, w języku polskim nazywa się także jednym wspólnym terminem „choroba". W tym ujęciu choroba jest ogólnym określeniem dla każdego odstępstwa od pełni

zdrowia organizmu, dla zaburzenia jego funkcji lub uszkodzenia struktury organizmu bez względu na charakter bodźca (wewnętrzny/zewnętrzny), który taką reakcję wywołał[1].

Realizacja obu rodzajów ryzyka może powodować różnorakie konsekwencje o charakterze finansowym i pozafinansowym. W podejściu właściwym dla finansów ryzyko choroby i ryzyko wypadku są rozpatrywane przede wszystkim w aspekcie ich wpływu na zasoby finansowe gospodarstwa domowego. Strata dla gospodarstwa domowego wynikająca z realizacji ryzyka choroby i ryzyka wypadku może dotyczyć zarówno zasobów już posiadanych (konieczność poniesienia wydatków na leczenie/rehabilitację), jak i spodziewanych (utrata całości lub części dotychczasowego dochodu).

Można zatem wyróżnić dwa aspekty wystąpienia ryzyka choroby i/lub ryzyka wypadku, którym odpowiadają określone konsekwencje finansowe [Szumlicz, 2005, s. 203]:

- aspekt **uszczerbku na zdrowiu** i związane z tym koszty leczenia,
- aspekt **niemożności wykonywania pracy** (niezdolności do pracy) i związany z tym brak wynagrodzenia lub dochodu w okresie choroby (braku zdrowia).

W zagranicznej literaturze z zakresu ubezpieczeń i zarządzania ryzykiem, właśnie w związku z szerokim ujęciem różnych konsekwencji utraty zdrowia bez względu na przyczynę tej utraty (choroba czy wypadek), stosuje się termin ***risk of poor health*** [por. Rejda, 2003, s. 8–9; Williams, Smith, Young, 2002, s. 169–172], tłumaczony na język polski jako ryzyko złego stanu zdrowia.

Poczynione wprowadzenie terminologiczne jest ważne w związku z nazwami ubezpieczeń, które podlegają omówieniu w tym fragmencie podręcznika. Wymieniając w tytule nazwy **ubezpieczenia chorobowe** i **ubezpieczenia wypadkowe**, zastosowano podejście nazywania poszczególnych grup produktowych ubezpieczeń od nazwy zagrożenia (analogicznie do np. ubezpieczenia ogniowe czy ubezpieczenia kradzieżowe). W praktyce ubezpieczenia nazywa się także przez odniesienie do wartości stanowiącej przedmiot ubezpieczenia (np. ubezpieczenie sprzętu elektronicznego, ubezpieczenie na życie) bądź do rodzaju gwarantowanego świadczenia (np. ubezpieczenia rentowe, ubezpieczenia emerytalne, ubezpieczenia pielęgnacyjne). W przypadku ubezpieczeń będących przedmiotem rozważań tego podrozdziału można więc mówić o **ubezpieczeniach zdrowotnych** (wartość zdrowie), czy – w przypadku niektórych omówionych produktów – **ubezpieczeniach medycznych** (świadczenie gwarantowane przez ubezpieczyciela to świadczenie zdrowotne/medyczne dostarczane przez zakontraktowaną jednostkę opieki zdrowotnej).

Piśmiennictwo krajowe i praktyka ubezpieczeniowa nie wypracowały jak dotąd jednolitego nazewnictwa dla ubezpieczeń stanowiących przedmiot rozważań.

[1] Przy takim ogólnym rozumieniu choroby użyteczny wydaje się neologizm nie-zdrowie, stosowany np. przez Jończyka [2006, s. 17 i nast.]

Szczególnie terminy: ubezpieczenia zdrowotne, ubezpieczenia medyczne, ubezpieczenia chorobowe są stosowane w różnych konfiguracjach znaczeniowych. Niekiedy nadaje się im znaczenie synonimiczne. Innym zaś razem podejmuje się próby wykazania rozbieżności znaczeniowych. Szerzej zob. [Stroiński, 2001, s. 3; Golinowska, 1993, s. 11 i nast.; Osak, 2008, s. 161–164; Holly, 2013, s. 177–184, s. 199–208].

Różnica w stosowaniu nazw „ubezpieczenia chorobowe" *versus* „ubezpieczenia zdrowotne" wynika także z historycznych form rozwoju tych ubezpieczeń, uzależnionych od tradycji i kultury poszczególnych narodów. Ubezpieczenia chorobowe (niem. *Krankenversicherung*) zostały wprowadzone w 1883 roku w Niemczech, w ramach pierwszego systemu ubezpieczeń społecznych. Początkowo obejmowały opiekę lekarską oraz zabezpieczenie dochodu na skutek niezdolności do pracy, bez świadczeń profilaktycznych. Z kolei ubezpieczenia zdrowotne (*health insurance*) rozwijały się w pierwszej kolejności w krajach anglosaskich (Anglia, USA, Kanada) i od początku obejmowały łącznie opiekę zdrowotną, edukację i profilaktykę. Termin „ubezpieczenia zdrowotne" od początku eksponował zatem kompleksowe funkcje współczesnej opieki zdrowotnej, niezawężone do samego lecznictwa (diagnozy i terapii), ale szeroko uwzględniające promocję zdrowia, profilaktykę i rehabilitację [Nawrolska, 2003, s. 87]. Współcześnie oba pojęcia dotyczą zarówno opieki medycznej, jak i usług profilaktycznych.

W literaturze anglojęzycznej [Vaughan, Vaughan, 2003, s. 345; Black, Skipper, 2000, s. 134–135] ogólny termin *health insurance* (ubezpieczenia zdrowotne) obejmuje dwa odrębne typy ubezpieczeń: ubezpieczenia od utraty dochodu z tytułu niezdolności do pracy (*disability income insurance*) – zapewniające okresowe płatności, w przypadku gdy ubezpieczony jest niezdolny do pracy z powodu choroby lub uszkodzenia ciała, oraz ubezpieczenia wydatków medycznych związanych z leczeniem (*medical expense insurance*), które pokrywają koszty opieki zdrowotnej wynikające z zaistnienia choroby lub obrażeń ciała. To właśnie ten ostatni typ ubezpieczeń (ubezpieczenia wydatków związanych z leczeniem/kosztów leczenia) jest często nazywany po prostu ubezpieczeniami zdrowotnymi. To uproszczone (wąskie) rozumienie ubezpieczeń zdrowotnych wydaje się być obecnie najbardziej upowszechnione i bliskie także reprezentantom praktyki ubezpieczeniowej w Polsce. Twierdzą oni bowiem, że ubezpieczeniem zdrowotnym jest tylko takie ubezpieczenie, które gwarantuje realizację określonych świadczeń zdrowotnych na zasadach rozliczeń bezgotówkowych lub na zasadzie zwrotu kosztów leczenia na podstawie rachunków przedłożonych przez ubezpieczonego [Gorajek, 2011, s. 48]. Produkty ubezpieczeniowe gwarantujące świadczenia pieniężne niepowiązane z rzeczywistymi kosztami leczenia określają oni jako „ubezpieczenia parazdrowotne". Takie rozumienie ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce jest ponadto wspierane przez regulacje ustawowe dotyczące finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.

Niekiedy wśród ubezpieczeń zdrowotnych wymienia się także **ubezpieczenia pielęgnacyjne** (*long-term care*)[por. Black, Skipper, 2000, s. 134–135; Osak, 2008, s. 164]. Ubezpieczenia te gwarantują pokrycie wydatków związanych z długoterminową opieką pielęgnacyjną osób w podeszłym wieku. Wydatki te są skutkiem nie tyle konkretnej choroby, ile wynikiem ogólnie obniżonej sprawności tych osób, stanowiąc efekt realizacji ryzyka niedołęstwa starczego. W ubezpieczeniu tym zakład ubezpieczeń gwarantuje wypłatę świadczenia, gdy ubezpieczony jest niezdolny do samodzielnego życia (wykonywania codziennych zwykłych czynności, takich jak np. mycie się, jedzenie i picie) i w konsekwencji wymaga opieki ze strony osób trzecich.

W niniejszym opracowaniu pominięto dalsze, szczegółowe rozważania terminologicznie. W dalszej części poprzestano na ogólnym opisie konstrukcji i zasad funkcjonowania dostępnych w obrocie ubezpieczeniowym produktów, które zaliczyć można do łącznie traktowanego zbioru ubezpieczeń chorobowych i wypadkowych. Rozstrzygnięcie o tym, czy poszczególne opisane produkty są, czy nie są rodzajem ubezpieczeń zdrowotnych, zależy od przyjętego rozumienia tego ostatniego terminu. Jednoznaczna kategoryzacja wymagałaby zaś szerszego omówienia argumentów za i przeciw poszczególnym podejściom definicyjnym. Takie rozważania wydają się mieć bardziej znaczenie dla dyskursu naukowego aniżeli dla praktyki funkcjonowania omawianego segmentu rynku ubezpieczeń osobowych.

5.2.2. Podstawowe klasyfikacje ubezpieczeń chorobowych i wypadkowych

W tym podrozdziale wykorzystano głównie konwencjonalne kryteria klasyfikacyjne, tj. liczbę podmiotów objętych ubezpieczeniem, długość okresu ubezpieczenia, typ gwarantowanego świadczenia ubezpieczeniowego.

Ze względu na długość okresu ubezpieczenia, ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe mogą funkcjonować jako produkty krótkoterminowe lub długoterminowe. W przypadku ubezpieczeń krótkoterminowych okres ubezpieczenia nie przekracza jednego roku, a ich konstrukcja jest zbliżona do produktów ubezpieczeń majątkowych. Oznacza to, że składka netto jest kalkulowana na podstawie przewidywanego poziomu ryzyka ubezpieczeniowego w stosunkowo krótkim czasie (jest to tzw. składka za ryzyko, *risk premium*). Jeżeli ubezpieczenie gwarantuje finansowanie rzeczywistych kosztów leczenia, to przy wycenie uwzględnia się szacowane koszty przyszłych świadczeń zdrowotnych. W długoterminowych ubezpieczeniach kosztów leczenia, podobnie jak w ubezpieczeniach na życie, składka netto ma charakter wyrównany i odzwierciedla uśredniony poziom ryzyka w całym umownym okresie ubezpieczenia. Składki są zatem w części przeznaczane na sfinansowanie bieżących potrzeb ubezpieczonych z danej grupy wiekowej (dla której przyjęto ten sam poziom ryzyka ubezpieczeniowego), a w części oszczędzane przez tworzenie

rezerw matematycznych, z których sfinansowane zostaną wyższe koszty świadczeń ubezpieczeniowych w przyszłości (ze względu na starzenie się ubezpieczonych).

Z jednej strony długoterminowość polisy zabezpiecza ubezpieczonego przed ciągłym (nierzadko rokrocznym) podwyższaniem składki, charakterystycznym dla ubezpieczeń krótkoterminowych. Z drugiej strony, w przypadku ubezpieczeń długoterminowych, problematyczna staje się zmiana ubezpieczyciela (po kilku latach) i tym samym strata przez ubezpieczonego „oszczędności zgromadzonych w ramach rezerwy matematycznej", przy jednoczesnym wyższym poziomie składki u nowego ubezpieczyciela ze względu na „starszy" wiek przystąpienia. W takiej sytuacji rozwiązaniem stosowanym np. na rynku niemieckim jest zobowiązanie ubezpieczycieli do przekazywania środków z rezerwy matematycznej do nowego ubezpieczyciela („rezerwa idzie za ubezpieczonym"). W ten sposób podtrzymuje się także konkurencję o klienta.

Z kolei stabilność warunków ubezpieczenia krótkoterminowego (w tym przede wszystkim składki) może zostać osiągnięta pośrednio przez odpowiednie klauzule umowne. Na rynku amerykańskim stosuje się w tym celu klauzule niewypowiadalności (*noncancellable policy*) lub odnowienia (*guaranteed renewable policy*)[2] umowy ubezpieczenia. Ich włączenie upodabnia ubezpieczenie krótkoterminowe do ubezpieczenia długoterminowego. Na rynku polskim funkcjonuje klauzula automatycznej kontynuacji ubezpieczenia, po upływie każdego rocznego okresu ubezpieczenia. W krajowej praktyce gospodarczej klauzula ta utrzymuje jednak prawo ubezpieczyciela do rekalkulacji składki i/lub zmiany zakresu gwarantowanej ochrony ubezpieczeniowej.

Ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe mogą być prowadzone w formie indywidualnej lub grupowej. Ubezpieczenia grupowe w większości krajów rozwijały i rozwijają się głównie na płaszczyźnie relacji pracodawca–pracownik. Formowanie grupy może się także odbywać w oderwaniu od zatrudnienia (np. grupa kredytobiorców tego samego banku). Ubezpieczenia grupowe ze względu na ocenę ryzyka przeprowadzaną w odniesieniu do całej grupy odznaczają się uproszczoną procedurą zawarcia umowy, niższą jednostkową składką, ale jednocześnie brakiem możliwości indywidualnego doboru zakresu ochrony. Poziom szczegółowości underwritingu w ubezpieczeniach grupowych uzależniony jest od wielkości

[2] Ubezpieczający, w każdą rocznicę polisy, ma prawo do przedłużenia umowy ubezpieczenia na niezmienionych warunkach (łącznie z utrzymaniem wysokości składki). Prawo to przysługuje do osiągnięcia przez ubezpieczonego określonego wieku (zwykle 50 lat lub więcej) lub przez oznaczoną liczbę lat (w przypadku zawarcia umowy w późniejszym wieku). Warunkiem podtrzymywania tego prawa jest systematyczne regulowanie płatności składki. Konsekwentnie zakład ubezpieczeń może wypowiedzieć taką umowę ubezpieczenia tylko w sytuacji zaległości w płatnościach składek. Z kolei w przypadku klauzuli gwarancji odnowienia umowy sytuacja tym się różni dla ubezpieczonego, że zakład ubezpieczeń zachowuje prawo do podwyższenia składki ubezpieczeniowej. Niemniej jednak nie może tego prawa zastosować do jednostkowego ubezpieczonego, ale podwyżka musi objąć wszystkich ubezpieczonych zakwalifikowanych przy zawieraniu umowy do tej samej klasy niebezpieczeństwa (np. ze względu na wiek czy wykonywany zawód) [*The Health Insurance*…, 2004, s. 83].

grupy, zakresu ubezpieczenia, jak również poziomu swobody (dobrowolność czy przymus) przystąpienia nowych członków zbiorowości (np. nowych pracowników, nowych kredytobiorców) do grupy ubezpieczonych. Zakład ubezpieczeń dokonuje oceny prawdopodobieństwa zajścia wypadku ubezpieczeniowego najczęściej jedynie na podstawie wykazu osób stanowiących grupę, z uwzględnieniem ich rozkładu w oparciu o takie kryteria, jak: wiek, płeć, wykonywane zajęcie (zawód) czy poziom uzyskiwanego dochodu. Wymaga się, aby w dniu objęcia ubezpieczeniem ubezpieczony był aktywny zawodowo lub aby nie był hospitalizowany. W wersji bardziej restrykcyjnej warunek przystąpienia do ubezpieczenia może dotyczyć także niewystępowania absencji chorobowej o określonym czasie trwania (np. dłuższej niż dziesięciodniowa) w oznaczonym okresie (np. 12 miesięcy) poprzedzającym objęcie ubezpieczeniem.

W ubezpieczeniu indywidualnym składka jest kalkulowana na podstawie indywidualnej oceny ryzyka związanego ze stanem zdrowia potencjalnego ubezpieczonego i/lub czynnikami wpływającymi na prawdopodobieństwo nieszczęśliwego wypadku (wykonywany zawód, hobby). Underwriting odbywa się w tym przypadku z wykorzystaniem szczegółowych kwestionariuszy opisujących stan zdrowia osoby ubiegającej się o ubezpieczenie, prawo wglądu ubezpieczyciela do istniejącej dokumentacji medycznej, czy też specjalnie zlecanych przez asekuratora (i na jego koszt) badań medycznych. W ubezpieczeniach indywidualnych dostępnych jest wiele wariantów zakresu ochrony ubezpieczeniowej w zależności od potrzeb i możliwości finansowych konkretnej osoby.

Świadczenie ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczeń chorobowych i ubezpieczeń wypadkowych może przyjmować postać świadczenia pieniężnego bądź świadczenia w naturze. Ponadto wartość świadczenia pieniężnego może odpowiadać umówionej kwocie, niezależnej od wielkości rzeczywistych strat (potrzeb) majątkowych wywołanych utratą zdrowia, bądź przeciwnie, może oznaczać (re)finansowanie rzeczywistych strat (potrzeb finansowych) ubezpieczonego. Na podstawie typologii świadczeń ubezpieczeniowych rozróżnia się wśród ubezpieczeń chorobowych i wypadkowych odpowiednio ubezpieczenia nieodszkodowawcze i ubezpieczenia odszkodowawcze. Ostatecznie można stwierdzić, że świadczenia z ubezpieczeń chorobowych i wypadkowych przyjmują jedną z trzech form.

- **Zryczałtowane świadczenia pieniężne** – polegające na wypłacie z góry ustalonej umownej kwoty, której wysokość jest niezależna od faktycznej wartości finansowych następstw utraty zdrowia (np. wypłata 100 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu). Ta forma świadczenia jest bezpieczniejsza dla zakładu ubezpieczeń ze względu na uproszczoną kalkulację składki, opartą głównie na analizie prawdopodobieństwa zajścia wypadku ubezpieczeniowego bez uwzględniania analizy rozkładu wartości wypłacanych świadczeń.
- **Pieniężne świadczenia odszkodowawcze** – umożliwiające zwrot faktycznie poniesionych wydatków na usługi medyczne, czy też wyrównanie rzeczywistego

uszczerbku w dochodach na skutek niezdolności do pracy. W przypadku ubezpieczeń związanych z wydatkami medycznymi pacjent w pierwszej kolejności bezpośrednio pokrywa koszty świadczonej usługi zdrowotnej, a następnie, na podstawie przedłożonego rachunku, otrzymuje pełny lub częściowy (uwzględniający udział własny pacjenta w koszcie, tzw. współpłacenie i/lub limit kosztu jednostkowego) zwrot poniesionych wydatków od płatnika (ubezpieczyciela).

- **Świadczenia rzeczowe („w naturze")** – polegające na udostępnieniu ubezpieczonemu określonych usług medycznych, np. konsultacji lekarskiej, procedury szpitalnej, badania diagnostycznego. W tym przypadku zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zorganizowania sieci dostawców świadczeń zdrowotnych. Rozliczenie kosztów udzielonych ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych następuje pomiędzy asekuratorem a partnerem medycznym.

To właśnie charakter świadczenia ubezpieczeniowego (odszkodowawcze *versus* nieodszkodowawcze oraz pieniężne *versus* rzeczowe) ma duże znaczenie w sygnalizowanych wcześniej dyskusjach badaczy i praktyków o granicach definicji terminu „ubezpieczenia zdrowotne".

5.2.3. Charakterystyka wybranych produktów ubezpieczeń chorobowych i wypadkowych

W odniesieniu do produktów ubezpieczeń chorobowych i wypadkowych indywidualnych jak i grupowych, oferowanych na rynku polskim, widoczny jest swoisty dualizm. Ubezpieczenia te są prowadzone zarówno przez zakłady ubezpieczeń na życie (w ramach grupy 5 działu I – jako ubezpieczenia dodatkowe (opcje), uzupełniające umowę ubezpieczenia na życie), jak i przez ubezpieczycieli działu II (w ramach ubezpieczeń grupy 1 i 2 – jako samodzielne produkty ubezpieczeniowe).

Do podstawowych rodzajów produktów ubezpieczeń chorobowych i wypadkowych zalicza się:

- ubezpieczenie pobytu w szpitalu, nazywane też ubezpieczeniem dziennego zasiłku szpitalnego,
- ubezpieczenie poważnego zachorowania (ciężkich chorób),
- ubezpieczenie operacji chirurgicznych,
- ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy,
- (tradycyjne) ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków,
- ubezpieczenie kosztów leczenia (tzw. kompleksowe), odpowiadające swą konstrukcją anglojęzycznej nazwie *medical expense insurance*.

Wszystkie z wymienionych ubezpieczeń, oprócz ostatniego, mają charakter ubezpieczeń nieodszkodowawczych.

Specyficzną cechą ubezpieczeń chorobowych i wypadkowych (szczególnie gwarantujących finansowanie wydatków medycznych) jest to, że nie można osza-

cować prawdopodobieństwa zajścia wypadku ubezpieczeniowego z użyciem jednego wiarygodnego miernika. W tym przypadku istnieje właściwie nieograniczony zakres możliwych chorób i uszkodzeń ciała, co znacznie utrudnia oszacowanie, jaki poziom ochrony ubezpieczeniowej jest konieczny oraz jaką stratę finansową powinno rekompensować ubezpieczenie. W konstrukcji produktów ubezpieczeń chorobowych i wypadkowych zawartych jest stosunkowo wiele rozwiązań mających na celu ograniczenie hazardu moralnego (pokusy nadużycia) po stronie ubezpieczonych. Można wskazać pewien ujednolicony katalog instrumentów ograniczania odpowiedzialności ubezpieczyciela, wykorzystywany we wszystkich rodzajach omawianych produktów, choć zakres i „intensywność" tego wykorzystania są oczywiście zróżnicowane. Są to w szczególności:

- partycypacja ubezpieczonego w kosztach – w formie udziału własnego i (lub) franszyzy,
- limity kwotowe (np. suma ubezpieczenia bądź jednostkowa wartość świadczenia) i (lub) ilościowa (np. liczba wizyt lekarskich) odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń,
- wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela ze względu na: (1) przyczyny zajścia wypadku ubezpieczeniowego (np. uprawianie niebezpiecznych sportów), (2) okoliczności zajścia wypadku ubezpieczeniowego (np. pozostawanie pod wpływem alkoholu) czy (3) rodzaj świadczenia zdrowotnego (np. procedury z zakresu chirurgii plastycznej),
- okresy karencji,
- limity wiekowe ubezpieczonych,
- dodatkowe warunki uprawniające do wypłaty świadczenia, np. wystąpienie danej choroby po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia (wyłączenie konsekwencji tzw. zdarzeń uprzednich, które zaszły w okresie poprzedzającym ochronę ubezpieczeniową).

Ubezpieczenie pobytu w szpitalu (ubezpieczenie dziennego zasiłku szpitalnego)

Ubezpieczenie to zapewnia wypłatę świadczenia w ustalonej z góry wysokości, określonej kwotowo lub w relacji do przyjętej sumy ubezpieczenia (np. 0,5% sumy ubezpieczenia), za każdy dzień hospitalizacji spowodowanej chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem. Zasadą jest, że wyższa stawka za pobyt spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem stanowi krotność stawki za pobyt spowodowany chorobą samoistną. Świadczenie nie zależy więc od rzeczywistych kosztów opieki medycznej. Jest to produkt stosunkowo prosty, tani i mało ryzykowny dla zakładu ubezpieczeń. W praktyce różnice między oferowanymi produktami tego typu dotyczą przede wszystkim: zdefiniowania pobytu w szpitalu[3], w związku z którym ubez-

[3] Istotne jest tutaj używanie różnych terminów, takich jak „dzień" (tj. data przyjęcia) czy „doba" (to zawsze 24 godziny) oraz włączanie (bądź nie) do długości pobytu dnia przyjęcia i/lub dnia wypisu ze szpitala.

pieczonemu przysługuje świadczenie; ograniczeń długości okresu hospitalizacji uprawniającego do wypłaty świadczenia, długości okresu karencji; wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Podstawowy zakres ochrony może zostać rozszerzony o dodatkowe ryzyko, takie jak np. pobyt ubezpieczonego na oddziale intensywnej opieki medycznej, operacja, z wykluczeniem operacji wtórnych, pobyt w sanatorium, rekonwalescencja (rehabilitacja), złamanie kości. Szerzej [Więckowska, 2002, s. 10–11]. Wypłata należnego świadczenia ubezpieczeniowego następuje z reguły po zakończeniu pobytu w szpitalu, na podstawie przedłożonych przez ubezpieczonego dokumentów, lub ewentualnie w trakcie pobytu w szpitalu, w przypadku gdy okres ten przekroczy ustaloną przez ubezpieczyciela liczbę dni.

Ubezpieczenie poważnych zachorowań/ciężkich chorób

Ubezpieczenie ciężkich chorób zapewnia wypłatę z góry ustalonego świadczenia w przypadku zdiagnozowania ściśle określonego poważnego zachorowania. Ubezpieczenie to jest zwykle oferowane jako opcja dodatkowa do umowy ubezpieczenia na życie. Podstawowy zakres ochrony obejmuje zazwyczaj takie zdarzenia, jak: zawał serca, udar mózgu, niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych (operacja typu *by-pass)*[4]. Powyższy, klasyczny katalog poważnych zachorowań jest rozszerzany o inne ciężkie stany chorobowe, w tym m.in.: przeszczep narządów, całkowitą utratę wzroku, utratę mowy, chorobę Parkinsona, rozległe oparzenia, chorobę Creutzfelda-Jakoba, zakażenie wirusem HIV. Analizując tego typu produkty, należy zwrócić uwagę na różnice w ofertach poszczególnych zakładów ubezpieczeń dotyczące nie tylko katalogu (liczby) ubezpieczanych zdarzeń, ale również zdefiniowania zakresu odpowiedzialności (zdefiniowania konkretnych jednostek chorobowych).

Ubezpieczenie przewiduje wypłatę określonej kwoty (sumy ubezpieczenia) w przypadku postawienia diagnozy lekarskiej potwierdzającej wystąpienie określonego zdarzenia (zgodnego z definicją umowną, co nie zawsze jest jednoznaczne z najnowszą praktyką medyczną). Może ono występować jako „ubezpieczenie za pierwsze zachorowanie" (rozpoznanie pierwszego zdarzenia z katalogu różnych rodzajów ryzyka skutkuje wypłatą sumy ubezpieczenia i rozwiązaniem umowy) bądź „ubezpieczenie za wielokrotne zachorowanie" (prawo do świadczenia za każde zachorowanie pod warunkiem braku powiązań przyczynowo-skutkowych pomiędzy kolejnymi zdarzeniami).

Obecnie ubezpieczyciele kreują coraz więcej odmian ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, bądź to zorientowanych na konkretną grupę ubezpieczonych (np. ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania dziecka, ubez-

[4] Należy zwrócić uwagę, że zdarzenia włączane do zakresu ubezpieczenia to nie tylko schorzenia biologiczne, ale także określone procedury operacyjne (wykonywane w związku ze stanem chorobowym uznawanym za poważny), jak również uszczerbki na zdrowiu. Tym samym nazwa „ubezpieczenie poważnych zachorowań" nie odpowiada w pełni zakresowi omawianego ubezpieczenia.

pieczenie poważnego zachorowania personelu medycznego), bądź też na określony rodzaj choroby uznawanej za poważną (np. ubezpieczenie na wypadek raka piersi).

Podzbiorem ubezpieczenia poważnych zachorowań jest ubezpieczenie wystąpienia choroby śmiertelnej. W tym wypadku zakład ubezpieczeń rezygnuje z enumeratywnego wyliczenia konkretnych jednostek chorobowych jako zakresu ubezpieczenia na rzecz wskazania atrybutów ogólnie pojętej choroby, w tym jej nieuleczalności (na bazie aktualnej wiedzy medycznej) prowadzącej do śmierci ubezpieczonego w określonym czasie.

Ubezpieczenie operacji chirurgicznych

Ubezpieczenie operacji chirurgicznych funkcjonuje na podobnych zasadach jak ubezpieczenie poważnych zachorowań. Najczęściej oparte jest na wykazie najpopularniejszych procedur operacyjnych, poszeregowanych w klasy według zbliżonego stopnia skomplikowania medycznego. Umówiona wysokość świadczenia pieniężnego odpowiada klasie trudności, według zasady: im trudniejsza operacja, tym wyższa kwota wypłacanego świadczenia. Praktykuje się także wprowadzanie „klauzuli operacji nienazwanych" (nieujętych w wykazie). Zapewnia ona wypłatę świadczenia również w przypadku poddania się operacji nieujętej w wykazie, łącząc kwotę świadczenia z procedurą o najbardziej zbliżonym stopniu skomplikowania. Porównując gwarantowany zakres ochrony, należy zwrócić uwagę, czy ubezpieczyciel ogranicza liczbę wypłaty świadczeń. Ograniczenia te mogą dotyczyć liczby operacji/zabiegów uprawniających do wypłaty w trakcie: (1) jednego pobytu na bloku operacyjnym, (2) jednego pobytu w szpitalu, (3) rocznego okresu ubezpieczenia, (4) całego okresu trwania ochrony ubezpieczeniowej (to ograniczenie jest ważne w przypadku umów automatycznie odnawianych na kolejne okresy ubezpieczenia).

Ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy

Ubezpieczenie niezdolności do pracy ma na celu gwarancję wypłaty świadczenia, w sytuacji gdy ubezpieczony jest niezdolny do pracy z powodu wypadku lub choroby. Ryzyko niezdolności do pracy, zwłaszcza trwałej i całkowitej, może być finansowo bardziej dotkliwe dla ubezpieczonego i jego najbliższej rodziny niż ryzyko śmierci. W takim przypadku bowiem poza utratą źródła dochodu pojawia się konieczność pokrycia dodatkowych wydatków związanych np. z rehabilitacją czy opieką nad niepełnosprawnym.

W omawianym ubezpieczeniu kluczowym zagadnieniem jest zdefiniowanie niezdolności do pracy, uruchamiającej wypłatę świadczenia. Istnieją różne typy niezdolności do pracy. Przykładowo niezdolność do pracy może być określana jako [Vaughan, Vaughan, 2003, s. 349]:

- niezdolność do wykonywania pracy w zawodzie aktualnie wykonywanym przez ubezpieczonego,
- niezdolność do wykonywania pracy w zawodzie wyuczonym,
- niezdolność do wykonywania pracy w jakimkolwiek zawodzie, do którego ubezpieczony może zostać łatwo przekwalifikowany (niezdolność do wykonywania pracy w zawodzie pokrewnym),
- niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy.

W praktyce ubezpieczeniowej ważne jest, aby doprecyzować zakres niezdolności (niezdolność do jakiej pracy), horyzont czasowy (niezdolność okresowa czy trwała) oraz stopień niezdolności (częściowa czy całkowita).

W odniesieniu do ubezpieczeń tego rodzaju dostępnych na rynku polskim termin „niezdolność do pracy" dotyczy zwykle trwałej i całkowitej niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie. Z punktu widzenia ubezpieczonego taka definicja skutkuje wąskim zakresem ochrony ubezpieczeniowej. W celu orzeczenia trwałej niezdolności do pracy konieczny jest odpowiednio długi okres (np. 12 miesięcy), aby upewnić się, że niezdolność ta ma rzeczywiście charakter trwały i nieodwracalny. Innymi słowy, ubezpieczyciel musi mieć pewność, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy. Na podstawie orzeczenia lekarskiego dochodzi do jednorazowej wypłaty świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie. Jest to zatem ubezpieczenie o charakterze nieodszkodowawczym. W celu ograniczenia hazardu moralnego umówiona suma ubezpieczenia powinna być wyraźnie niższa niż zdyskontowany zarobek ubezpieczonego liczony do osiągnięcia wieku emerytalnego [Stroiński, 2003, s. 257].

Należy też dodać, że tego typu ubezpieczenie nie jest zbyt popularne na rynku polskim, a jeśli już jest oferowane, to jako opcja wypadkowa do umów ubezpieczeń na życie. Znacznie częściej stosowanym rozwiązaniem jest tzw. **ubezpieczenie składki**, w ramach którego w razie niezdolności do pracy zakład ubezpieczeń zwalnia ubezpieczającego (ubezpieczonego) od finansowania składki ubezpieczeniowej należnej do końca okresu ubezpieczenia (zwykle w ubezpieczeniu na życie).

Wyższe „stadium rozwoju" ubezpieczeń niezdolności do pracy prezentuje **ubezpieczenie od utraty dochodu na skutek niezdolności do pracy** (*disability income insurance*). W tym wypadku prawo do świadczenia nabywa się, jeżeli orzeczony rodzaj niezdolności do pracy skutkuje utratą dochodów przez ubezpieczonego. Wysokość świadczeń wypłacanych z takiego ubezpieczenia pozostaje zatem w korelacji do zarobków uzyskiwanych przez ubezpieczonego przed wystąpieniem niezdolności do pracy. Stosunek wysokości świadczenia ubezpieczeniowego do wysokości wcześniejszej płacy może stanowić kryterium wyznaczania maksymalnej wielkości pojedynczej wypłaty przez ubezpieczyciela. Wypłata świadczeń przyjmuje tutaj postać płatności okresowych (renty) przez czas trwania niezdolności do zarobkowania, nie dłużej jednak niż przyjęty maksymalny

okres odszkodowawczy. Moment zobowiązania zakładu ubezpieczeń do uruchomienia wypłaty renty nie musi odpowiadać momentowi wystąpienia niezdolności do pracy. Do planów ubezpieczeniowych wprowadza się tzw. okresy odroczenia płatności (*deferred period/ elimination period*), wyznaczane przez wymagany minimalny czas trwania niezdolności do pracy, poprzedzający wypłatę świadczeń przez ubezpieczyciela.

W praktyce rynku polskiego takie ubezpieczenie jest osiągalne tylko za pośrednictwem pośredników biznesowych (*coverholderów*) syndykatów Lloyd's.

Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków

Ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków funkcjonują zarówno jako produkty indywidualne, jak i grupowe. W tym drugim ujęciu adresowane są przede wszystkim do pracowników przedsiębiorstw, a także klientów banków, uczniów, studentów, członków organizacji i stowarzyszeń. Należy zaznaczyć, że grupowe ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków są w Polsce popularnym produktem, uzupełniającym świadczenia wypłacane z systemu ubezpieczeń społecznych, a także te realizowane w ramach publicznie finansowanej opieki zdrowotnej.

Ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków oferowane są osobom, które spełniają określone **kryteria wiekowe**, np. nie ukończyły 60 lub 65 roku życia, a w przypadku osób starszych ubezpieczenie jest zwykle możliwe jedynie jako kontynuacja wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

Celem ubezpieczeń następstw nieszczęśliwych wypadków jest złagodzenie finansowych skutków wypadków przez wypłatę umówionego świadczenia. Wysokość świadczenia nie zależy od wielkości finansowych skutków wypadku, czyli jest to rodzaj ryczałtu (umówiona kwota). W konstrukcji omawianego rodzaju ubezpieczenia podstawową kwestią jest zdefiniowanie zdarzenia uprawniającego do otrzymania świadczenia, czyli nieszczęśliwego wypadku. Kryteria, które musi spełnić zdarzenie, aby zostało uznane za nieszczęśliwy wypadek, zostały zaprezentowane w części poświęconej ryzyku choroby i ryzyku wypadku.

W ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków, w zależności od rozpatrywanego zakresu, ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zwykle jedno z dwóch podstawowych następstw lub oba następstwa łącznie, a mianowicie [Stroiński, 2003, s. 222]:

- **śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku,**
- **trwały uszczerbek na zdrowiu**.

Ponadto, w zależności od zakresu ochrony, ubezpieczenie zapewnia również wypłatę dodatkowych świadczeń (w wysokości określonego odsetka sumy ubezpieczenia) bezpośrednio związanych z leczeniem i rehabilitacją w okresie powypadkowym. Można tu wymienić: świadczenie szpitalne w związku z hospitalizacją konieczną w leczeniu skutków wypadku, zwrot kosztów nabycia przedmiotów or-

topedycznych i środków pomocniczych, a także zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osób niepełnosprawnych. Praktykowane jest też włączanie do zakresu ochrony usług powypadkowych typu *assistance*.

Zakłady ubezpieczeń do ubezpieczenia w zakresie podstawowym proponują szereg opcji dodatkowych. Za opłatą dodatkowej składki przedmiotem ubezpieczenia mogą być:

- następstwa zawałów serca i krwotoków śródczaszkowych,
- następstwa chorób tropikalnych,
- następstwa nieszczęśliwych wypadków powstałych na skutek ataków terrorystycznych, działań wojennych lub stanu wyjątkowego,
- następstwa wypadków powstałych na skutek uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
- następstwa chorób zawodowych,
- zwrot poniesionych kosztów leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków,
- zasiłek dzienny z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem,
- koszty zagranicznej konsultacji medycznej.

Do typowych wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela zalicza się następstwa wypadków powstałych na skutek m.in.: popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa, świadomego samookaleczenia, wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania niebezpiecznych sportów, pozostawania pod wpływem alkoholu, narkotyków, leków nieprzepisanych przez lekarza, działań wojennych, zamieszek, zamachów stanu, aktów terroru czy też prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu, narkotyków lub bez uprawnień.

Sumę ubezpieczenia ustala się osobno dla śmierci i trwałego uszczerbku. W razie śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem osoba uposażona otrzymuje zwykle 100% ustalonej sumy ubezpieczenia. W przypadku następstw nieszczęśliwych wypadków w postaci trwałej utraty części ciała i/lub utraty funkcji układu lub narządu istotne jest właściwe ustalenie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, wyrażonego w procentach. Jako **trwały uszczerbek na zdrowiu rozumie się uszczerbek nierokujący poprawy, utrzymujący się po zakończeniu leczenia i rehabilitacji oraz po uzyskaniu optymalnego efektu leczniczego** [Domański, 2013, s. 221]. W związku z tym opinia lekarza orzecznika współpracującego z zakładem ubezpieczeń może być wydana dopiero po całkowitym zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji. W trudniejszych przypadkach orzeczenia w sprawie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu wydawane są przez komisje lekarskie, w skład których wchodzą lekarze różnych specjalności. Ubezpieczyciele opierają swoje decyzje także na orzeczeniach wydanych w sprawach ubezpieczeń społecznych [Stroiński, 2003, s. 247]

W obliczeniu wysokości świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu obowiązuje ogólna zasada, iż jeden procent uszczerbku na zdrowiu powoduje wy-

płatę świadczenia w wysokości jednego procentu sumy ubezpieczenia (tzw. świadczenie liniowe). W praktyce zakłady ubezpieczeń korzystają z **tabel uszczerbków**, w których dla poszczególnych rodzajów urazów wskazane są odpowiadające im procenty uszczerbku na zdrowiu, np. całkowita utrata wzroku w jednym oku oznacza 50-procentowy uszczerbek na zdrowiu, czyli wypłatę świadczenia w wysokości 50% sumy ubezpieczenia. Jeżeli wskutek wypadku nastąpiło uszkodzenie lub utrata kilku kończyn lub narządów, to ogólny stopień uszczerbku na zdrowiu ustala się, sumując procenty uszczerbku odpowiadające poszczególnym urazom, z ograniczeniem do 100% [*ibidem*, s. 248]. Oprócz świadczenia wyznaczanego wprost proporcjonalnie do sumy ubezpieczenia, występują także ubezpieczenia ze świadczeniem progresywnym (wypłacany procent sumy ubezpieczenia jest wyższy niż ustalony procent uszczerbku, np. 3% sumy za każdy procent uszczerbku) lub świadczeniem liniowo-progresywnym (do oznaczonego poziomu uszczerbku, np. 30%, świadczenie jest liniowe, a progresja znajduje zastosowanie powyżej wskazanego poziomu uszczerbku, np. od 31% uszczerbku za każdy 1% uszczerbku wypłaca się 2% sumy ubezpieczenia). Ograniczanie odpowiedzialności ubezpieczyciela może nastąpić przez zastosowanie franszyzy integralnej (świadczenie nie przysługuje, jeżeli stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu nie przekracza określonego procentu uszczerbku).

W praktyce oferowanych jest wiele odmian ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków o zróżnicowanym zakresie ochrony. Zwykle ubezpieczenie takie jest jednym ze składników pakietu ubezpieczeń komunikacyjnych czy turystycznych. W ostatnich latach poszerzyła się również oferta ubezpieczeń wypadkowych skierowanych do specyficznych grup klientów, np. członków ochotniczych straży pożarnych lub zawodowych sportowców.

Ubezpieczenie kosztów leczenia

Ubezpieczenie kosztów leczenia (tzw. kompleksowe) jest ubezpieczeniem o charakterze odszkodowawczym, co oznacza ścisłe powiązanie wysokości świadczeń z rzeczywistymi kosztami usług medycznych. Ubezpieczenie to charakteryzuje się szerokim zakresem ochrony, zróżnicowanym w zależności od wariantu.

W przypadku ubezpieczeń grupowych podstawowym elementem konstrukcji produktu są świadczenia z zakresu medycyny pracy. Każdy pracodawca zgodnie z przepisami prawa pracy zobowiązany jest do pokrycia kosztów takich świadczeń zatrudnianych pracowników. Oferta zakładów ubezpieczeń ogólnie odpowiada zakresowi świadczeń wynikającemu z przepisów prawa i obejmuje w szczególności: świadczenia lekarza medycyny pracy, badania wstępne, okresowe i kontrolne, analizę stanu zdrowia pracowników, orzecznictwo lekarskie o stopniu niepełnosprawności, wypadkach przy pracy, chorobach zawodowych i niezdolności do pracy, a także delegowanie lekarza do zakładowej komisji BHP w przedsiębiorstwach zatrudniających ponad 250 osób [Osak, 2006a, s. 6].

Zakres ubezpieczenia kosztów leczenia koncentruje się na świadczeniach opieki ambulatoryjnej: konsultacjach lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (internisty, pediatry czy lekarza rodzinnego), dostępie do lekarzy specjalistów, finansowaniu określonych badań diagnostycznych. Regułą jest także wzbogacanie zakresu opieki ambulatoryjnej o szczepienia ochronne i drobne zabiegi ambulatoryjne (mogą być wykonywane przez personel pielęgniarski) oraz świadczenie o charakterze *assistance* (np. całodobowa infolinia medyczna). Poszczególne produkty oraz warianty dostępne w ramach danego produktu różnią się między sobą przede wszystkim listą dostępnych lekarzy specjalistów i gwarantowanych badań diagnostycznych. Ponadto zaletą grupowego ubezpieczenia kosztów leczenia jest możliwość objęcia na ogół tym samym zakresem świadczeń zdrowotnych (tym samym wariantem ochrony) członków najbliższej rodziny ubezpieczonego.

Warto odnotować, że niski przypis składki pozyskiwanej przez ubezpieczycieli w tym segmencie rynku ubezpieczeniowego nie zniechęca ubezpieczycieli do kreowania coraz to lepszej, z punktu widzenia zakresu ochrony, oferty ubezpieczeniowej. Aktualnie krajowi ubezpieczyciele oferują także „specjalistyczne" ubezpieczenia kosztów leczenia, jak można by powiedzieć o **ubezpieczeniach kosztów pobytu w szpitalu** czy ubezpieczeniach lekowych. Te ostatnie pojawiły się w krajowej ofercie w 2012 roku. Z kolei ubezpieczenia kosztów szpitalnych to już nie tylko gwarancja zabiegów tzw. chirurgii jednego dnia czy zapewnianie jedynie komfortowych warunków pobytu w szpitalu (np. pobyt w sali jedno-, dwuosobowej czy też prawo wyboru lekarza prowadzącego), ale także finansowanie enumeratywnie wskazanych zabiegów chirurgicznych, a ostatnio także finansowanie kosztów związanych z pobytem w szpitalu w celach diagnostycznych, a nie jedynie operacyjnych. W przypadku ubezpieczeń szpitalnych wyboru szpitala realizującego świadczenie na rzecz ubezpieczonego dokonuje ubezpieczyciel. Skorzystanie z finansowania planowego pobytu w szpitalu obwarowane jest posiadaniem skierowania na leczenie oraz uzyskaniem zgody ubezpieczyciela na przeprowadzenie danego leczenia (tzw. preautoryzacja świadczenia – *pretreatment review*).

Jak dotąd realizacja świadczeń finansowanych przez ubezpieczyciela gwarantowana jest tylko na terytorium Polski[5]. Faktyczny zasięg terytorialny ubezpieczenia determinowany jest liczebnością i lokalizacją świadczeniodawców medycznych współpracujących z zakładem ubezpieczeń. W praktyce częsta jest współpraca firm ubezpieczeniowych z prywatnymi placówkami medycznymi jako dostarczycielami usług medycznych, które również we własnym zakresie oferują kompleksową opiekę medyczną klientom indywidualnym i grupowym nabywaną na zasadzie przedpłaty

[5] Zmian w tym zakresie można oczekiwać wraz z implementacją tzw. dyrektywy „Pacjenci bez granic" – zob. podrozdz. 6.4.

(tzw. abonamenty medyczne)[6]. Ze względu na stosunkowo szeroki i zróżnicowany zestaw świadczeń dostępnych w ramach omawianego ubezpieczenia w konstrukcji produktu stosowane są: udział własny, okres karencji, a także limity odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu pojedynczego zdarzenia. Niemniej jednak podstawowym narzędziem ograniczania odpowiedzialności ubezpieczyciela są wykazy gwarantowanych świadczeń zdrowotnych („koszyki świadczeń"). Ubezpieczyciel finansuje zatem koszty jedynie wymienionych świadczeń zdrowotnych, na które zapotrzebowanie powstaje w okresie ubezpieczenia na skutek choroby, nieszczęśliwego wypadku bądź, jeżeli tak stanowi umowa, ciąży i porodu.

Trwająca od dłuższego czasu dyskusja o włączaniu ubezpieczeń rynkowych (prywatnych) do realizacji zabezpieczenia publicznego (w przypadku omawianych ubezpieczeń do zabezpieczenia zdrowotnego) skłania do omówienia typów prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, wyodrębnianych na podstawie funkcji, jaką mogą one pełnić w relacji do publicznego zabezpieczenia (nie tylko ubezpieczenia) zdrowotnego. Omówienie to zamieszczamy w części dotyczącej ubezpieczenia kosztów leczenia. Pomijając wspomnianą wcześniej różnorodność definiowania ubezpieczeń zdrowotnych, to – bez względu na definicję – w skład takiej grupy ubezpieczeń wchodzą produkty gwarantujące finansowanie rzeczywistych kosztów leczenia (wydatków medycznych). Tylko takie produkty, z natury rzeczy, mogą stanowić narzędzie zabezpieczenia finansowania kosztów opieki zdrowotnej. Produkty o charakterze ubezpieczeń nieodszkodowawczych nie zapewniają bowiem „skonsumowania" uzyskanych przez ubezpieczonego świadczeń pieniężnych na opiekę zdrowotną.

Biorąc pod uwagę rolę, jaką prywatne ubezpieczenia kosztów leczenia (zdrowotne) mogą pełnić w danym systemie ochrony zdrowia w stosunku do zabezpieczenia publicznego, wyróżnia się [por. Mossialos, Thomson, 2004, s. 16; Thomson, 2010, s. 300–301; *Proposal for…*, 2004, s. 17–18; Szumlicz, 2005, s. 213]:

- **ubezpieczenia substytucyjne** (alternatywne, zastępcze) – adresowane do osób wykluczonych z publicznego systemu zabezpieczenia zdrowotnego lub tych, które przy spełnieniu określonych ustawowych warunków mogą zrezygnować z uczestnictwa w tym systemie, pod warunkiem wykupienia prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego zapewniającego co najmniej taki sam standard zabezpieczenia; ubezpieczenia tego typu są oferowane m.in. w Austrii, Czechach, Estonii, Niemczech, Portugalii;

[6] Z punktu widzenia zakresu oferowanych świadczeń abonamenty medyczne mogą stanowić substytut ubezpieczenia kosztów leczenia. Gwarantują bowiem, podobnie jak ubezpieczenia oparte na świadczeniach w naturze, dostęp do określonych procedur medycznych na warunkach uzgodnionych w umowie. Wypełniają zatem te same cele wobec użytkownika, z których podstawowy to finansowanie kosztów leczenia. Teoretycznie można więc mówić o konkurencji między tymi dwoma rodzajami usług. Może ona jednak budzić wątpliwości, gdyż formalnoprawnie abonamenty medyczne nie są ubezpieczeniami i nie podlegają regulacjom dotyczącym działalności ubezpieczeniowej. Z tego też względu pominięto opis oferty firm abonamentowych.

- **ubezpieczenia komplementarne** (uzupełniające) – umożliwiają pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych w całości wyłączonych z refundacji w ramach systemu publicznego oraz pokrycie ustawowych dopłat do świadczeń częściowo refundowanych („ubezpieczenie od współpłacenia"), oferowane np. we Francji, w Belgii, Danii, Słowenii, na Łotwie;
- **ubezpieczenia suplementarne** (dodatkowe, duplikujące, podwójne, równoległe) – zapewniają wyższy standard świadczonych usług medycznych niż ten gwarantowany w ramach systemu publicznego, a także szybszy dostęp do świadczeń, w stosunku do których występują okresy wyczekiwania (ułatwiają „przeskoczenie kolejki" w systemie publicznym); posiadanie takiego ubezpieczenia nie zwalnia jednak z ponoszenia kosztów zabezpieczenia publicznego; dostępne m.in. w Irlandii, Hiszpanii, Polsce, Rumunii i Wielkiej Brytanii;
- **ubezpieczenia bazowe** – stanowią podstawową „drogę dostępu" do pokrycia ubezpieczeniowego ze względu na brak organizacji przez państwo powszechnego systemu zabezpieczenia publicznego; w tym wypadku ubezpieczenia publiczne mogą ewentualnie stanowić dopełnienie z powodu wykluczenia przez rynek niektórych grup społecznych z pokrycia prywatnego, przykładem zastosowania są Stany Zjednoczone czy Holandia.

Należy zwrócić uwagę, że w terminologii dwóch ważnych organizacji (Unii Europejskiej i OECD) prywatnym ubezpieczeniom zdrowotnym, wyróżnionym ze względu na funkcję pełnioną względem publicznego systemu zabezpieczenia zdrowotnego, przypisuje się różne nazwy bądź takim samym nazwom nadaje się różne znaczenie. W konsekwencji w krajowej literaturze przedmiotu również nie występuje jednolite nazewnictwo – por. szczególnie [Holly, 2013, s. 185–197]. Świadomość tego faktu jest niezmiernie istotna dla jednoznacznego zrozumienia czytanych treści, szczególnie w przypadku porównań międzynarodowych. W obliczu powyższego, porównanie zakresów znaczeniowych poszczególnych pojęć (tab. 5.2) jest nie tylko uzasadnione, ale przede wszystkim użyteczne poznawczo. Wydaje się, że pewnego, aczkolwiek nie w pełni doskonałego, rozwiązania problemu nazewnictwa można upatrywać w proponowanym przez Szumlicza i Więckowską podejściu relacyjnym [Szumlicz, Więckowska, 2005, s. 122–125]. Podejście to opisuje poszczególne rozwiązania konstrukcji podmiotowo-przedmiotowego zakresu ubezpieczenia prywatnego przez nazwanie relacji w stosunku do zakresu zabezpieczenia organizowanego przez państwo. W powołanej publikacji autorzy wskazują na relację „zamiast" (odpowiadającą ubezpieczeniom umożliwiającym zastąpienie obowiązku zabezpieczenia publicznego ubezpieczeniem prywatnym), relację „ponad" (w stosunku do produktów gwarantujących świadczenia ponad zakres gwarancji publicznych), relację „obok" (dla produktów, które stanowią poprawę jakości świadczeń zdrowotnych gwarantowanych także w systemie publicznym, ale nie umożliwiają rezygnacji z uczestnictwa w systemie publicznym). Podejście to uzupełnić można ponadto o relację „prymat" [Więckowska, Osak, 2010,

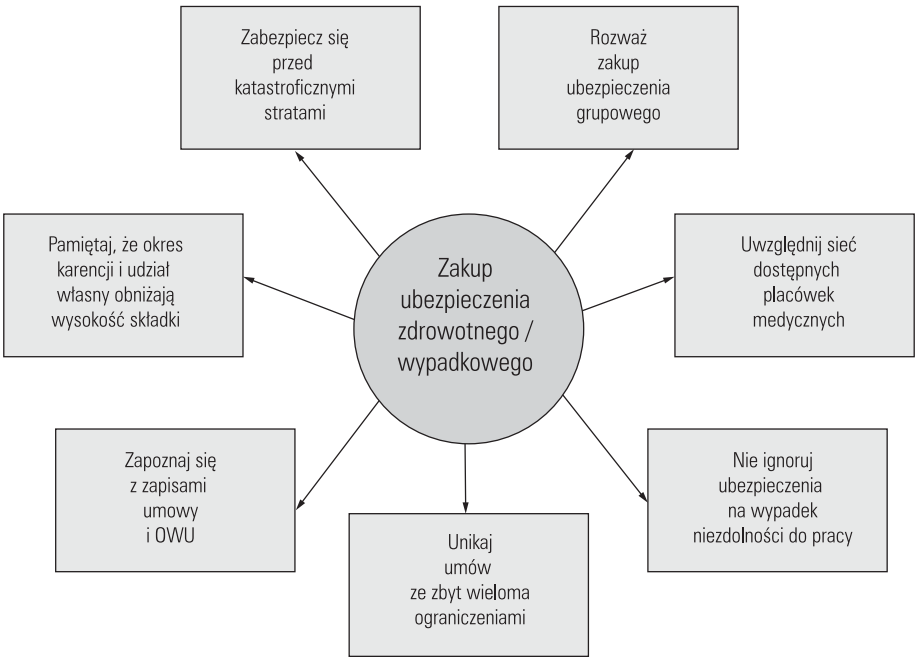
s. 214]. W takim przypadku prym w finansowaniu opieki zdrowotnej w systemie danego państwa wiodą ubezpieczenia prywatne, które mogą mieć bądź dobrowolny, bądź obowiązkowy charakter.

Tabela 5.2. Klasyfikacja prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w terminologii Unii Europejskiej i OECD (ujęcie funkcjonalne)

OECD	UE
SUBSTYTUCYJNE *(substitute)*	SUBSTYTUCYJNE *(substitutive)*
BAZOWE *(principal)*	
KOMPLEMENTARNE *(complementary)* = „ubezpieczenie od współpłacenia"	KOMPLEMENTARNE *(complementary)* = „ubezpieczenie od współpłacenia" + + świadczenia zdrowotne wyłączone co do rodzaju z zabezpieczenia bazowego
SUPLEMENTARNE *(supplementary)* = świadczenia zdrowotne wyłączone co do rodzaju z zabezpieczenia bazowego + podwyższony standard świadczeń szpitalnych	
PODWÓJNE *(duplicate)* = podwyższony standard świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem „hotelowych" świadczeń szpitalnych	SUPLEMENTARNE *(supplementary)* = szybszy dostęp + podwyższony standard + +szerszy wybór świadczeniodawców

Źródło: [Osak, 2006b, s. 97] i powołana tam literatura.

Zaprezentowany przegląd nie wyczerpuje wszystkich form ubezpieczeń chorobowych i wypadkowych, chociażby z uwagi na pominięcie w opisie produktów niedostępnych na polskim rynku ubezpieczeniowym. Niemniej jednak już ten niepełny opis ukazuje niejednolitość i różnorodność rodzajową tych ubezpieczeń, co w praktyce może znacznie utrudniać wybór odpowiedniego produktu ubezpieczeniowego. Fakt ten skłania do wskazania najważniejszych zasad, o których warto pamiętać przy podejmowaniu decyzji o zakupie takich ubezpieczeń (rys. 5.1).


Zabezpiecz się przed katastroficznymi stratami
Rozważ zakup ubezpieczenia grupowego
Pamiętaj, że okres karencji i udział własny obniżają wysokość składki
Zakup ubezpieczenia zdrowotnego / wypadkowego
Uwzględnij sieć dostępnych placówek medycznych
Zapoznaj się z zapisami umowy i OWU
Unikaj umów ze zbyt wieloma ograniczeniami
Nie ignoruj ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy

Rysunek 5.1. Zasady zakupu ubezpieczeń chorobowych i wypadkowych

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Rejda, 2003, s. 431].

Słowa kluczowe

- Nieszczęśliwy wypadek
- Ryzyko choroby
- Trwały uszczerbek na zdrowiu
- Ubezpieczenie ciężkich chorób
- Ubezpieczenie kosztów leczenia
- Ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy
- Ubezpieczenie pobytu w szpitalu

Pytania kontrolne

1. Wymień aspekty ryzyka choroby/wypadku i towarzyszące im konsekwencje finansowe.
2. Jakie produkty oferowane są na krajowym rynku ubezpieczeń w ramach ubezpieczeń chorobowych i wypadkowych? Dokonaj krótkiej charakterystyki tych produktów.
3. Czym się różnią ubezpieczenia odszkodowawcze od ubezpieczeń nieodszkodowawczych?
4. Co powinno gwarantować ubezpieczenie chorobowe i/lub wypadkowe, aby mogło być wykorzystane jako instrument realizacji zabezpieczenia zdrowotnego?
5. Jakie funkcje mogą pełnić prywatne ubezpieczenia kosztów leczenia w realizacji zabezpieczenia zdrowotnego?

6. Czym się różnią ubezpieczenia komplementarne od ubezpieczeń suplementarnych?
7. W jaki sposób zakłady ubezpieczeń ograniczają ryzyko związane z pokusą nadużycia w ubezpieczeniach chorobowych i wypadkowych?
8. Jakie konsekwencje (ryzyko) są objęte ochroną w ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków?
9. Jakie zasady stosuje się przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku?

5.3. Ubezpieczenia mienia

I. Kwiecień

Ubezpieczenia mienia tworzone są w postaci:

- uniwersalnych produktów dedykowanych różnym kategoriom majątku rzeczowego, w tym nieruchomości i ruchomości,
- produktów dedykowanych poszczególnym kategoriom mienia (zazwyczaj ruchomego) z uwagi na szczególną charakterystykę ryzyka, np. ubezpieczenia mienia w transporcie (cargo) czy ubezpieczenia pojazdów (casco), ubezpieczenia maszyn budowlanych (CPI, MB), ubezpieczenia sprzętu elektronicznego (EEI).

W tym podrozdziale omówione zostaną ogólne cechy i zasady funkcjonowania ubezpieczeń mienia, głównie produktów uniwersalnych.

5.3.1. Podmiot i przedmiot

Ubezpieczenia mienia, jak większość ubezpieczeń w praktyce, tworzone są odrębnie dla klientów indywidualnych, odrębnie dla przedsiębiorstw, przy czym niekiedy w rozbiciu na tzw. klientów korporacyjnych i mniejszych (tzw. MiS), co wynika ze specyfiki ryzyka.

Przedmiotem ubezpieczenia może być mienie w postaci:

- nieruchomości – budynków, budowli, infrastruktury, instalacji, elementów stałych wyposażenia, szyb (które niekiedy stanowią przedmiot ubezpieczenia w odrębnej klauzuli lub odrębnym produkcie), nakładów inwestycyjnych na nieruchomości obce;
- ruchomości – maszyn i urządzeń, wyposażenia ruchomego, środków obrotowych, wartości pieniężnych.

Ubezpieczeniu podlegać może mienie stanowiące własność ubezpieczonego, ale także mienie osób trzecich, będące w posiadaniu ubezpieczonego na podstawie określonego tytułu prawnego (np. najem, przyjęcie do naprawy lub sprzedaży). Przykładem ubezpieczenia mienia osób trzecich jest także ubezpieczenie mienia pracowników.

Mienie ubezpieczane jest zazwyczaj w określonej lokalizacji, co spowodowane jest koniecznością oceny ryzyka, a to się wiąże także z lokalizacją, ustaleniem istniejących i wymaganych zabezpieczeń. Terytorialny zakres ochrony może być rozszerzony przez odpowiednie klauzule w stosunku do określonej kategorii mienia, ogólnie na wszystkie lokalizacje albo w sposób skonkretyzowany, np. podczas przenoszenia, przewożenia, transportu, podczas wystaw i targów itp.

W obu typowych podstawowych ubezpieczeniach mienia (od ognia i innych zdarzeń oraz od kradzieży) wymagane są standardowo zabezpieczenia mienia odpowiednio przeciwpożarowe lub przeciwkradzieżowe. Przy czym część z nich stanowi warunek odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, nie dając uprawnień do zniżki w składce (tak zabezpieczenia przeciwpożarowe zgodne z przepisami czy odpowiednie zabezpieczenie okien, drzwi i innych otworów przed kradzieżą). Dopiero zabezpieczenia dodatkowe, ponad ustalone w ogólnych warunkach minimum, stanowią podstawę do zastosowania niższej składki.

5.3.2. Zakres ubezpieczenia

Mienie ubezpieczane jest od zniszczenia, uszkodzenia lub utraty w wyniku określonych zdarzeń. Zakres tych zdarzeń ustalany jest w praktyce w dwóch formułach, przez ubezpieczenie:

- od określonego ryzyka – tzw. konstrukcja „na ryzyku nazwanym" (*named perils*),
- od wszystkich rodzajów ryzyka (*all risks*).

W konstrukcji **na ryzyku nazwanym** mienie ubezpieczone jest od szkody powstałej w wyniku określonych zdarzeń – wymienionych i zdefiniowanych w umowie (zazwyczaj w OWU). Podstawowe produkty w tej formule to ubezpieczenia od ognia i innych zdarzeń losowych oraz ubezpieczenia od kradzieży z włamaniem i dewastacji. Typowy zakres ochrony w ubezpieczeniach „od ognia" bazuje na ryzyku podstawowym, obejmującym ogień, uderzenie pioruna, eksplozję i upadek statku powietrznego (FLEXA[7]), oraz rozszerzeniu w postaci szeregu zdarzeń dodatkowych, które mogą być wybierane przez ubezpieczającego pojedynczo lub w grupach (w tym np. huragan, powódź, deszcz nawalny, zalanie, pękanie mrozowe itp. – pojawiają się tu typowe zdarzenia identyfikowane w praktyce dla danej kategorii mienia, w tym zarówno działania sił przyrody, jak i wynikające z działalności człowieka). Zakres pełny obejmuje wszystkie wymienione rodzaje ryzyka.

W ubezpieczeniach od kradzieży mienie ubezpieczone jest od strat wynikających z kradzieży z włamaniem, rabunku, a także, zazwyczaj opcjonalnie, od dewastacji. Każde z tych zdarzeń jest szczegółowo definiowane w ogólnych warunkach.

[7] Skrót od pierwszych liter angielskich słów: *fire*, *lightening*, *explosion*, *aircraftfall*.

Rzadko, ale jest możliwe – w drodze odpowiedniej klauzuli – objęcie ochroną tzw. kradzieży zwykłej (dokonanej bez włamania i bez użycia przemocy lub groźby).

W produktach z zakresem ochrony w formule ***all risks*** mienie ubezpieczone jest od wszystkich zdarzeń, które mają cechy wskazane w umowie (zazwyczaj wymaga się, by było to zdarzenie nagłe, niezależne od woli ubezpieczonego), z wyjątkiem zdarzeń wyraźnie w umowie wyłączonych z ochrony. W produktach uniwersalnych ubezpieczenie to stanowi odpowiednik ubezpieczenia od ognia – kradzież i rabunek mogą być objęte ochroną na bazie dodatkowej klauzuli w postaci zdarzeń ściśle definiowanych. Formuła *all risks* stosowana jest często do ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, maszyn i urządzeń, ale pojawia się także w ofercie uniwersalnej, zwłaszcza w odniesieniu do podmiotów gospodarczych, albo dedykowanej, np. w ubezpieczeniach autocasco.

Ubezpieczeniu podlegają, co do zasady, szkody bezpośrednie, w postaci zmniejszenia aktywów. Szkody pośrednie (konsekwentne) – tylko w przypadku wyraźnego objęcia ich ochroną, co następuje w odpowiednich klauzulach (np. klauzula pokrycia kosztów wynajmu lokalu czy sprzętu zastępczego) lub w odrębnych produktach, które są związane z ubezpieczeniem mienia (tak jak ubezpieczenie utraty zysku, zwane *business interruption*). Tak formułowana ochrona w zakresie szkód pośrednich z zasady warunkowana jest zaistnieniem zdarzenia objętego ubezpieczeniem w podstawowym zakresie lub produkcie.

5.3.3. Wyłączenia ochrony i ograniczenia odpowiedzialności

Obok wyłączeń ogólnych wynikających z regulacji ustawowych (por. uwagi w podrozdz. 5.1), katalog wyłączeń ujmowany jest w ogólnych warunkach i jest zazwyczaj szeroki.

Typowe wyłączenia w produktach ubezpieczeń majątkowych dotyczą:

- określonych kategorii mienia, przykładowo mienia, dla którego produkt nie jest dedykowany, przeznaczonego do ubezpieczenia w innych produktach, np. mienie związane z działalnością gospodarczą w ubezpieczeniach dla klientów indywidualnych, mienie w postaci gotówki, papierów wartościowych czy dzieł sztuki, budowli wodnych;
- mienia znajdującego się w określonej sytuacji lub miejscu, np. mienie nieużytkowane, mienie podczas remontu lub naprawy, mienie z wystawy, mienie na zewnątrz;
- określonych postaci szkód, np. ubytków naturalnych, zużycia, powolnego niszczenia;
- szkód powstałych w konsekwencji określonych zdarzeń, np. w wyniku zamieszek, katastrofy budowlanej, aktów terroryzmu, powolnego przesiąkania, promieniowania, szkód elektrycznych, awarii itd.

Wyłączenia mogą być bezwzględne bądź względne – rozszerzenie ochrony w tym zakresie następuje w postaci opcji lub klauzuli przewidzianej w ogólnych warunkach albo wynika z odmiennych od OWU postanowień stron.

Swoistą postać wyłączenia stanowi franszyza integralna (warunkowa), która w ubezpieczeniach mienia jest powszechnie stosowana, przy czym może ona być ustalana jako ogólna i oprócz tego szczególna dla określonych zdarzeń (np. powódź) lub postaci mienia (np. maszyny). Podobnie zróżnicowane mogą być inne ograniczenia techniczne jak franszyza redukcyjna i udział własny. Wprowadza się także sublimity odpowiedzialności dla określonych zdarzeń lub postaci mienia, lub szkody, niższe niż suma ubezpieczenia.

5.3.4. Suma ubezpieczenia i odszkodowanie

W ubezpieczeniach mienia rzeczowego zasadą jest, że suma ubezpieczenia powinna odpowiadać wartości przedmiotu ubezpieczenia. Ogólne warunki ubezpieczenia zazwyczaj precyzują, jaka jest dopuszczalna **podstawa ustalenia tej wartości**, co ma znaczenie dla ustalenia ewentualnego świadczenia. W produktach ubezpieczenia mienia powszechnie stosowane są takie kategorie, jak:

- wartość odtworzeniowa – wartość odpowiadająca kosztom przywrócenia mienia do stanu nowego, lecz nieulepszonego; przywrócenie może nastąpić przez pokrycie kosztów odtworzenia, naprawy lub zakup wytworzenia mienia tego samego rodzaju; ubezpieczyciele często stosują zasadę, że ubezpieczone w wartości odtworzeniowej mienie może być zużyte nie więcej niż w określonym stopniu (np. 40%);
- wartość rzeczywista – wartość odtworzeniowa pomniejszona o zużycie techniczne;
- wartość księgowa – wartość wynikająca z ewidencji księgowych: brutto (wartość początkowa z uwzględnieniem przeszacowań wynikających z przepisów ogólnych) bądź netto (księgowa wartość początkowa po potrąceniu odpisów amortyzacyjnych, umorzeń) – wartość netto jest niekorzystna w praktyce i coraz rzadziej dopuszczalna także w OWU;
- wartość ograniczona – stosowana w stosunku do mienia nienadającego się do użytku, definiowana jako cena sprzedaży lub wartość odzyskanych materiałów, lub wartość złomu.

W niektórych produktach można także spotkać takie podstawy, jak:

- wartość nowa – ujmowana jako wartość nabycia mienia nowego tego samego rodzaju, stosowana zazwyczaj z limitem czasowym od daty zawarcia umowy i limitem dotyczącym stopnia zużycia mienia, gdyż *de facto* prowadzi do wzbogacenia ubezpieczonego; formuła bliska jest wartości odtworzeniowej;
- wartość rynkowa – odnoszona do wartości ustalonej jako cena możliwa do uzyskania na drodze transakcji sprzedaży; formuła bliska jest wartości rzeczywistej.

Ponieważ w ubezpieczeniach mienia powszechnie stosowany jest **proporcjonalny system odpowiedzialności** (odszkodowanie pomniejszane jest w stosunku do szkody o stopień niedoubezpieczenia – por. dalej), konieczne jest utrzymywanie ekwiwalentności sumy ubezpieczenia i wartości przedmiotu ubezpieczenia. Stąd przy ustalaniu sumy ubezpieczenia zasadnicze znaczenie ma przyjęcie systemu, który odpowiada specyfice mienia w zakresie wartości. Stosuje się tu następujące systemy.

- System na sumy stałe – adekwatny w odniesieniu do mienia, które ma względnie stałą wartość (np. budynki, budowle). System ten powiązany jest z klauzulą proporcji, stąd ewentualna zmiana wartości (wynikająca ze zmian wartości wskutek zmian cen, nakładów, nabycia mienia tego samego rodzaju itp.) wymaga modyfikacji sumy ubezpieczenia przez zmianę umowy, możliwe jest też stosowanie klauzul: inflacyjnych, automatycznego objęcia ochroną nowych nakładów czy mienia nowo nabytego, ograniczających zastosowanie proporcji. Niebezpieczeństwo niedoubezpieczenia może być także niwelowane w ubezpieczeniach zbiorowych przez system ubezpieczenia solidarnie na sumy stałe. Szczegółowo, np. [Jęksa, 2000].
- System na sumy zmienne – odpowiedni dla mienia, którego wartość jest zmienna w czasie ochrony (np. środki obrotowe). Ustalana jest wówczas suma ubezpieczenia na podstawie przewidywanej najwyższej wartości mienia, a składka kalkulowana jest jako składka zaliczkowa i rozliczana po zakończeniu okresu ochrony.
- System na pierwsze ryzyko – odpowiedni dla mienia, którego wartość jest trudna do określenia, lub też mało prawdopodobne jest, by szkoda miała postać szkody całkowitej (np. nakłady adaptacyjne, mienie pracowników, gotówka). W systemie tym suma ubezpieczenia odnoszona jest do prawdopodobnej wartości szkody, jaką ubezpieczający przewiduje i chce ubezpieczyć, nie stosuje się klauzuli proporcji, jednak szkoda w zakresie ponad tak ustaloną sumę ubezpieczenia obciąża ubezpieczonego.

Sposób ustalenia sumy ubezpieczenia ma istotne znaczenie dla ustalenia odszkodowania. Rodzaj wartości przyjętej jako podstawa sumy ubezpieczenia służy także do ustalenia wartości straty wynikłej z uszkodzenia, zniszczenia lub utraty mienia. Warunki ubezpieczenia precyzują zazwyczaj szczegółowo zasady ustalania odszkodowania, które powinno odpowiadać wartości szkody z uwzględnieniem ustalonych potrąceń. W praktyce stosowane są formuły kosztorysowe, bazujące zazwyczaj na średnich cenach wskazanych w OWU, lub kosztowe, bazujące na rzeczywiście poniesionych nakładach na przywrócenie mienia do stanu poprzedniego.

Ponadto typowe instrumenty stosowane w procesie ustalania odszkodowania z ubezpieczeń mienia to:

- proporcja – stanowiąca sankcję za niedoubezpieczenie mienia (ustalenie sumy ubezpieczenia w wartości niższej niż wartość przedmiotu ubezpieczenia) i polegająca na stosownym zmniejszeniu odszkodowania o stopień niedoubezpieczenia;

Przykład

Dla budynku o wartości 500 tys. ustalona została suma ubezpieczenia 400 tys. W wyniku huraganu powstała szkoda częściowa o wartości 100 tys. Z uwagi na niedoubezpieczenie (SU/WPU = 0,8) zostanie wypłacone odszkodowanie w kwocie odpowiadającej 80% wartości szkody, tj. 80 tys. zł.

- konsumpcja sumy ubezpieczenia – zwana także wyczerpywaniem – klauzula taka powoduje, że każde wypłacone odszkodowanie pomniejsza sumę ubezpieczenia (standardowo stosowana np. w systemie na pierwsze ryzyko), powoduje to powstanie niedoubezpieczenia w dalszym okresie, jeśli wartość mienia nie zmniejszyła się.

Koszty związane z ustaleniem postaci i rozmiaru szkody, w tym koszty rzeczoznawców, mogą być także przedmiotem ubezpieczenia, podobnie jak koszty uprzątnięcia pozostałości po szkodzie czy naprawy zniszczonych zabezpieczeń.

Słowa kluczowe

- *All risks*
- Konsumpcja sumy ubezpieczenia
- *Named perils*
- Proporcja

Pytania kontrolne

1. Na czym polega konstrukcja zakresu ochrony „na ryzyku nazwanym”?
2. Na czym polega konstrukcja zakresu ochrony *all risks*?
3. Wymień i omów podstawy ustalania wartości ubezpieczanego mienia stosowane w praktyce.
4. Na czym polega ubezpieczenie mienia na sumy stałe?
5. Na czym polega stosowanie proporcjonalnego systemu ustalania odszkodowania?
6. Wymień typowe wyłączenia odpowiedzialności stosowane w ubezpieczeniach mienia.

5.4. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i ochrony prawnej

I. Kwiecień

Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i ochrony prawnej związane są z obszarem ryzyka odpowiedzialności prawnej, które się wyraża w powstaniu określonych pasywów zobowiązań lub innych sankcji, wynikających z odpowiedzialności, jaką

przepisy prawa wiążą z określonymi sytuacjami, okolicznościami. Odpowiedzialność ta może wynikać z faktu:

- powstania szkody u osoby trzeciej (odpowiedzialność cywilna), gdzie sankcją jest zobowiązanie do naprawienia szkody (w pieniądzu lub w drodze restytucji naturalnej),
- naruszenia innych norm, w tym prawa karnego, administracyjnego, prawa pracy itp., gdzie sankcje mogą być finansowe (np. grzywna) lub inne (np. konieczność wycofania produktu, pozbawienie wolności).

W niektórych sytuacjach mamy do czynienia z kumulacją rodzajów odpowiedzialności (np. wprowadzenie niebezpiecznego produktu na rynek może rodzić odpowiedzialność cywilną i administracyjną, spowodowanie wypadku komunikacyjnego – odpowiedzialność karną i cywilną).

Odpowiedzialność może być ponoszona za własne działania lub zaniechania bądź podmiotów, za które zgodnie z prawem zobowiązany ponosi odpowiedzialność.

W szeroko nakreślonym obszarze odpowiedzialności prawnej oferta zakładów ubezpieczeń ogranicza się w zasadzie do dwóch grup ubezpieczeń bądź też ich kombinacji:

- ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
- ubezpieczenia ochrony prawnej.

Grupa **ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej** jest najbardziej rozbudowana pod względem mnogości rodzajów warunków ubezpieczeń. Wynika to z jednej strony z faktu, iż odpowiedzialność cywilna stanowi ryzyko najczęściej poddawane obowiązkowi ubezpieczenia przez przepisy prawa, z drugiej strony, stanowi odpowiedź na rosnący popyt na ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej powodowany wzrostem świadomości w tym zakresie, bowiem zobowiązania wynikające z odpowiedzialności cywilnej mogą znacznie przerastać potencjał majątkowy odpowiedzialnego podmiotu.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej pełni w wymiarze finansowym podwójną funkcję:

- kompensacji, a raczej przejęcia zobowiązań ubezpieczonego,

a zarazem

- kompensacji szkody poszkodowanego.

Ubezpieczenie ochrony prawnej zapewnia pokrycie kosztów związanych z koniecznością uzyskania pomocy prawnej, w tym także związanej z postępowaniem sądowym.

W dalszej części opisane zostaną istotne elementy konstrukcyjne omawianych produktów.

5.4.1. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

Przedmiot ubezpieczenia

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej obejmuje ochroną zobowiązanie ubezpieczonego do naprawienia szkody wyrządzonej osobie trzeciej – oczywiście w wymiarze finansowym.

Umowa ubezpieczenia OC w kodeksie cywilnym

Przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony (art. 822 k.c.).

Przedmiotem ubezpieczenia może być odpowiedzialność[8]:

- deliktowa, przy czym w wielu produktach wyodrębnia się odpowiedzialność za produkt:
  - odpowiedzialność deliktowa dotyczy sytuacji, gdy szkoda jest samoistnym źródłem zobowiązania (wynikać może z jakiegoś faktu, w tym także działania lub zaniechania, z którym ustawa wiąże obowiązek odszkodowawczy, por. art. 415 k.c. i nast.); może być oparta na zasadzie winy, ryzyka bądź słuszności;
  - odpowiedzialność za produkt dotyczy sytuacji, gdy szkoda powstała w związku z normalnym użytkowaniem wprowadzonego do obrotu produktu, który okazał się wadliwy (art. 449^1 k.c. i nast.);
- kontraktowa:
  - odpowiedzialność kontraktowa dotyczy sytuacji, gdy szkoda jest następstwem niewykonania lub nienależytego wykonania istniejącego już zobowiązania przez dłużnika (art. 471 k.c.).

W zależności od potrzeb możliwe jest ubezpieczenie w pełnym zakresie lub tylko wybranego rodzaju, np. tylko odpowiedzialności za produkt (specjalistyczne często dedykowane formuły) bądź tylko odpowiedzialności deliktowej.

Przedmiot ubezpieczenia wyznaczany jest także przez szkody powstałe u osoby trzeciej, za które odpowiada ubezpieczyciel. Definicje szkody stosowane w ogólnych warunkach nie zawsze odpowiadają podziałom utrwalonym w doktrynie prawa cywilnego, która wyróżnia szkody na osobie i na mieniu (definiowane szeroko)[9]. W produktach ubezpieczenia OC zwyczajowo wyróżnia się:

[8] Szczegółowo na temat rodzajów i zasad odpowiedzialności, np. [Gasińska, 2002, s. 313 i nast.; Serwach, 2010, s. 221 i nast.; Nowakowski, 2004].

[9] W prawie cywilnym brak definicji szkody. W piśmiennictwie pojęcie to było przedmiotem analiz m.in. w publikacjach Dybowskiego, Szpunara, Kowalewskiego, analizowane jest także w orzeczeniach SN.

- **szkody rzeczowe** – definiowane najczęściej jako następstwo utraty, zniszczenia lub uszkodzenia rzeczy, a także wynikające z tego utracone korzyści poszkodowanego,
- **szkody na osobie** – definiowane jako szkody będące następstwem śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a także wynikające z tego utracone korzyści poszkodowanego,
- **czyste straty** – uszczerbek majątkowy niebędący ani szkodą rzeczową, ani na osobie; ta postać szkody z reguły stanowi klauzulę rozszerzającą, dodatkowo płatną.

Zakres ubezpieczenia

Zakres ubezpieczenia, poza elementami wiążącymi się z przedmiotem, wyznaczany jest przez:

- zdarzenia będące źródłem szkody,
- terytorium, na którym powstał wypadek,
- triggery (omówione odrębnie w następnym podrozdz.),
- podmioty objęte ochroną,
- dodatkowe klauzule.

Katalog zdarzeń będących źródłem szkody określany jest przez ustalenie, jaka działalność /aktywność ubezpieczonego, z której może wynikać szkoda u osób trzecich, jest objęta ochroną. Odpowiednio temu zakresowi dedykowane są rodzaje produktów ogólnych, obejmujące ochroną:

- odpowiedzialność w życiu prywatnym,
- odpowiedzialność z tytułu działalności gospodarczej i posiadania mienia związanego z tą działalnością oraz odpowiedzialność za produkt,
- odpowiedzialność zawodową.

Działalność gospodarcza lub zawodowa ubezpieczona jest w zakresie ustalonym w umowie. Tworzone są także produkty dedykowane konkretnym rodzajom działalności o specyficznym profilu ryzyka, np. przewoźnikom, grupom zawodowym, przedsiębiorstwom budowlanym.

Zakres terytorialny ochrony odnoszony jest albo do terytorium działalności lub lokacji mienia, albo do terytorium, na którym zachodzi wypadek ubezpieczeniowy (definiowany często jako szkoda). Z uwagi na odrębności w różnych reżimach prawnych dotyczące zasad odpowiedzialności cywilnej zakres terytorialny ma istotne znaczenie dla oceny ryzyka i ustalenia ceny. Z reguły stosuje się cztery obszary: kraj, Europa (lub UE), świat bez USA (niekiedy także Australii i Nowej Zelandii), świat wraz z USA. Możliwe jest także ustalenie konkretnych państw.

Zakres podmiotowy podstawowy obejmuje ubezpieczonego lub ubezpieczonych (w polisie zbiorowej), w tym podmioty, za które ponosi on odpowiedzialność, jak za własne działania lub zaniechania. Istotne jest ustalenie, czy także inne podmioty powiązane, które ubezpieczający chce objąć ochroną (np. członkowie wspól-

nego gospodarstwa domowego, osoby wykonujące prace na rzecz ubezpieczonego). Szeroki zakres podmiotowy może wynikać z przepisów prawa (por. ubezpieczenia obowiązkowe, zwłaszcza ubezpieczenie posiadaczy pojazdów mechanicznych, gdzie przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna każdego kierującego pojazdem). Objęcie ochroną większej liczby podmiotów w jednej umowie powoduje konieczność zwrócenia uwagi na ewentualną odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez jednego ubezpieczonego innemu (*cross liability*, OC wzajemna) – standardowo podlegają one wyłączeniu z ochrony, jeżeli strony nie ustaliły inaczej w razie potrzeby.

Zakres podstawowy ochrony w ubezpieczeniach OC w zasadzie można by uznać za konstrukcję *all risks*, bowiem przedmiot i źródła odpowiedzialności wskazywane są w praktyce konstrukcji produktów ogólnie. Niemniej wprowadzany jest szeroki katalog wyłączeń względnych – dotyczących rodzaju szkód, zdarzeń lub rodzajów działalności powodujących szkody, lub podmiotów, które mogą być znoszone w drodze wprowadzenia stosownych klauzul rozszerzających, pozwalających na dopasowanie zakresu do potrzeb, a jednocześnie umożliwiających elastyczne ustalenie kosztów ubezpieczenia w razie potrzeby.

Typowe klauzule w produktach ogólnych to np.:

- rozszerzenia terytorialne,
- szkody wyrządzone pracownikom w związku z wypadkiem przy pracy,
- szkody związane z zanieczyszczeniem środowiska,
- szkody w nieruchomościach lub rzeczach ruchomych, z których ubezpieczony korzystał na podstawie tytułu prawnego,
- szkody w mieniu powierzonym albo przechowywanym, kontrolowanym lub chronionym przez ubezpieczonego,
- odpowiedzialność tzw. wzajemna (*cross liability*) ubezpieczonych objętych tą samą umową,
- szkody wyrządzone przez podwykonawców,
- szkody wyrządzone uczestnikom w wyniku przeprowadzenia imprezy,
- szkody spowodowane działaniem materiałów wybuchowych lub fajerwerków,
- szkody wynikłe z przeniesienia chorób zakaźnych i zakażeń,
- szkody wyrządzone przez świadczących pracę na rzecz gospodarstwa domowego (np. niania, ogrodnik),
- koszty wycofania produktu wadliwego z rynku (który może funkcjonować jako odrębny produkt – *product recall*).

Lista tytułów odpowiedzialności dodatkowo obejmowanych ochroną zależy od przeznaczenia produktu. W większości przypadków rozszerzenie ochrony powoduje zwiększenie wysokości składki.

Zakres ubezpieczenia – triggery

W ubezpieczeniach OC zakres ochrony wyznaczany jest także przez ustalenie, „kiedy w ramach tego ubezpieczenia istnieje ochrona ubezpieczeniowa z punktu widzenia realizacji określonych stadiów wypadku ubezpieczeniowego – wypadek ten na tle ubezpieczenia OC jest bowiem stadialny, złożony i rozciągliwy w czasie" [Kowalewski, 2003, s. 20]. Stadia te przyjęło się określać z angielskiego *trigger* (wyzwalacz), jako że stanowią one – zgodnie z umową lub regulacją – element „wyzwalający" odpowiedzialność ubezpieczyciela.

Regulacja kodeksowa przyjmuje, jako domyślną zasadę, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody będące następstwem przewidzianego w umowie zdarzenia, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia (art. 822 § 2 k.c.). Jest to tzw. *trigger act committed*, zwany też *occurrence*. Jednocześnie dopuszcza odmienne ustalenie przez przyjęcie, że ubezpieczenie obejmuje szkody powstałe, ujawnione lub zgłoszone w okresie ubezpieczenia (art. 822 § 2 k.c.).

Tym samym w praktyce konstrukcji produktów stosowane są cztery zasadnicze **triggery**, definiujące, jak wspomniano, który element musi zaistnieć w okresie ubezpieczenia, aby rodzić odpowiedzialność ubezpieczyciela:

- **act committed** (*occurrence, causation principle*) – odwołuje się do zdarzenia (faktu) będącego przyczyną szkody albo z którego wynikła szkoda u osoby poszkodowanej, np. wyprodukowanie bądź wprowadzenie do obrotu wadliwego, czyli szkodliwego leku, wadliwe wykonanie budowli przez wykonawcę budowlanego, spowodowanie wypadku komunikacyjnego;
- **loss occurrence** – w okresie ochrony musi wystąpić (powstać) szkoda, definiowana odpowiednio w umowie, przy czym często w praktyce powstanie szkody wypełnia definicje wypadku ubezpieczeniowego, a trigger odnoszony jest do zaistnienia tego wypadku (co może być mylnie interpretowane jako *trigger occurrence*); przykładem tego triggera będzie np. uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia u pacjenta wskutek zażycia wadliwego leku, zawalenie się wadliwie wykonanego budynku;
- **loss manifestation** (*loss discover*) – odnosi się do ujawnienia (odkrycia) szkody, uwzględnia zwłaszcza takie sytuacje, w których pomiędzy samym powstaniem szkody (np. uszkodzeniem ciała) a momentem jej ujawnienia przez poszkodowanego (odkrycia lub zauważenia) może zachodzić pewien, często stosunkowo długi, okres;
- **claims-made** – ubezpieczyciel odpowiada za roszczenia, które zostaną zgłoszone w okresie ochrony, często z zastrzeżeniem, że zdarzenie powodujące roszczenie zaszło po tzw. dacie retroaktywnej (określanej najczęściej jako data pierwszej polisy w danym zakładzie ubezpieczeń).

Wyłączenia

Zakres wyłączeń w produktach jest szeroki i wynika z trzech okoliczności: dotyczy kategorii ryzyka nieakceptowanego przez ubezpieczyciela/nieubezpieczanego (np. działanie bez uprawnień), ryzyka ubezpieczanego w innych produktach (np. OC związana z działalnością zawodową, podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia) bądź ryzyka, które może być objęte ochroną za dodatkową składkę (por. uwagi wcześniej na temat wyłączeń względnych i klauzul). Oczywiście wyłączona jest odpowiedzialność za szkody wyrządzone samemu sobie, co wynika z samej idei ubezpieczenia szkód powstałych u osób trzecich (wyjątek stanowić może sytuacja, gdy sprawcą jest inny ubezpieczony, tak np. wspominana klauzula OC wzajemnej czy regulacja dotycząca szkód na osobie posiadacza pojazdu lub rolnika w ubezpieczeniach obowiązkowych).

Typowe wyłączenia w produktach dotyczą szkód wyrządzonych umyślnie (dopuszczalne zniesienie), a niekiedy także wynikłych z rażącego niedbalstwa, czystych strat finansowych (dopuszczalne zniesienie), a ponadto odpowiedzialności umownie rozszerzonej w stosunku do zakresu ustawowego.

Do ogólnych warunków poszczególnych produktów wprowadzanych jest wiele innych okoliczności związanych z:

- ubezpieczonym (np. brak uprawnień, rodzaj działalności, działanie przez podwykonawcę, świadomość wady produktu, okoliczności wyrządzenia szkody),
- poszkodowanym (rodzaj szkody, np. zniszczenie gotówki, dzieł sztuki, naruszenie dóbr osobistych innych niż szkoda na osobie, naruszenie praw własności intelektualnej, stosunek bliskości wobec ubezpieczonego).

Wyłączenie odpowiedzialności może także dotyczyć wielkości szkody, co ustalane jest w drodze wprowadzenia franszyzy.

Suma gwarancyjna

Suma gwarancyjna wyznacza limit kwotowy odpowiedzialności ubezpieczyciela. Może być ustalana:

- na zdarzenie (*per occurrence*) – co oznacza, że za każde zdarzenie ubezpieczyciel odpowiada do wysokości sumy gwarancyjnej (np. ubezpieczenie OC komunikacyjne),
- na wszystkie zdarzenia – co oznacza, że suma stanowi zagregowany limit na cały okres ubezpieczenia, a każde wypłacone odszkodowanie ją pomniejsza; w tej konstrukcji możliwe jest wprowadzenie ponadto limitu na jedno zdarzenie, mniejszego niż suma na wszystkie zdarzenia (np. 1 mln zł na zdarzenie i 1,5 mln zł na wszystkie zdarzenia).

Stosowane jest różnicowanie sum gwarancyjnych:

- dla poszczególnych rodzajów odpowiedzialności (np. inna dla OC za produkt, inna dla OC pozostałej), w tym dla klauzul rozszerzających (limity, sublimity),

- dla rodzajów szkód – inna suma gwarancyjna dla szkód na osobie (*bodily injuries*) i inna dla szkód na mieniu (*property damages*); przy wyodrębnieniu sumy gwarancyjnej dla szkód na osobie może ona być ustalona na zdarzenie (*per occurrence*) albo na poszkodowanego (*per person*), gdzie limit dotyczy szkód powstałych u każdego poszkodowanego odrębnie.

Spotyka się także ubezpieczenia z sumą gwarancyjną *no-limit*, co z reguły wynika z wymogów regulacji z zakresu ubezpieczeń obowiązkowych (np. ubezpieczenie posiadaczy pojazdów mechanicznych we Francji). Przedmiotem ubezpieczenia mogą być także dodatkowe koszty, w tym np. koszty rzeczoznawców, koszty obrony (sądowe), dla których może być ustalony odrębny limit, w granicach lub ponad sumę gwarancyjną.

Proces likwidacji szkody

W procesie likwidacji szkody z ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej istnieje kilka odrębności w stosunku do innych ubezpieczeń majątkowych. Pojawia się inny podmiot w postaci poszkodowanego. Ma on bezpośrednie roszczenie do zakładu ubezpieczeń (*actio directa*), jakkolwiek nie musi z niego korzystać, bowiem może skierować roszczeniu do sprawcy. Sprawca obligowany jest zazwyczaj do powiadomienia o roszczenie zakładu ubezpieczeń.

Przedmiotem ustalenia postaci i rozmiaru szkody oraz jej kompensacji jest szkoda doznana przez poszkodowanego (jakkolwiek jednocześnie następuje finansowanie *de facto* zobowiązań ubezpieczonego). Punktem wyjścia jest ustalenie odpowiedzialności ubezpieczyciela, dla której warunkiem *sine qua non* jest istnienie i zakres odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonego zgodnie z przepisami prawa. Przepisy te z jednej strony dotyczą zasad odpowiedzialności (sygnalizowane powyżej), a z drugiej zakresu roszczeń, do jakich uprawniony jest poszkodowany. Zagadnienia te są przedmiotem wielu szczegółowych analiz w doktrynie i orzecznictwie. Podstawowe zasady syntetycznie zostały ujęte w tabeli 5.3, z uwzględnieniem regulacji polskiej.

Tabela 5.3. Zasady odpowiedzialności w ubezpieczeniu OC

Zasady odpowiedzialności		
Zasada winy	▸ Poszkodowany musi wykazać winę sprawcy za powstałą szkodę ▸ Zachowanie/działanie sprawcy musi być wadliwe obiektywnie i subiektywnie	
Zasada ryzyka	▸ Poszkodowany musi wykazać, że szkoda powstała w określonych okolicznościach ▸ Sprawca może wykazać istnienie okoliczności zwalniających z odpowiedzialności (przyczyny egzoneracyjne), w tym: siła wyższa, wyłączna wina osoby trzeciej, wyłączna wina poszkodowanego	
Zasada słuszności	▸ Gdy nikomu nie można przypisać odpowiedzialności według ww. zasad, a zasady współżycia społecznego uzasadniają obarczenie odpowiedzialnością (wyjątkowo, zgodnie z przepisami)	
Roszczenia poszkodowanego		
Zasada pełnego odszkodowania	▸ Szkody rzeczywiste i utracone korzyści, które osiągnąłby, gdyby szkody mu nie wyrządzono (art. 361 § 2 k.c.) ▸ Dotyczy zarówno szkód na osobie, jak i na mieniu	
Adekwatny związek przyczynowy	▸ Zwykłe, normalne następstwa danego zdarzenia szkodzącego (art. 361 § 1 k.c.) ▸ Dotyczy zarówno szkód na osobie, jak i na mieniu	
Roszczenia za szkody na osobie – poszkodowany bezpośrednio (wskutek uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia)	Szkody o charakterze majątkowym Szkody o charakterze niemajątkowym	Odszkodowanie, w tym zwrot kosztów i renty (art. 444 k.c.) Zadośćuczynienie za krzywdę (art. 446 k.c.)
Roszczenia za szkody na osobie – poszkodowany pośrednio (wskutek śmierci osoby najbliższej)	Szkody o charakterze majątkowym Szkody o charakterze niemajątkowym	Odszkodowanie, w tym zwrot kosztów pogrzebu, renty alimentacyjne i za znaczne pogorszenie sytuacji życiowej (art. 446 § 1,2,3 k.c.) Zadośćuczynienie za krzywdę (art. 446 § 4 k.c. i art. 448 k.c.*

* W zakresie, w jakim podstawę roszczenia stanowi art. 448 k.c., dot. naruszenia dóbr osobistych, uznaje się, że roszczący poszkodowany jest bezpośrednio.

Źródło: opracowanie własne.

Ubezpieczyciel podejmuje własne ustalenia w kwestii istnienia i zakresu odpowiedzialności ubezpieczonego, korzystając także z opinii biegłych, co stanowi w istocie ochronę go przed roszczeniami (określane niekiedy jako świadczenie dodatkowe, *claims management*).

Ustalenie istnienia odpowiedzialności ubezpieczonego powoduje konieczność ustalenia na tym tle zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, która jest węższa, ograniczana warunkami umowy ubezpieczenia (znaczenie mają tu elementy omówione wcześniej determinujące zakres ochrony). Zakres ochrony, wyłączenia i ograniczenia (techniczne, wynikające z umowy, np. franszyza redukcyjna, udział własny, limity, a także triggery) mają znaczenie z punktu widzenia ubezpieczonego, bowiem niepełna kompensacja z ubezpieczenia powoduje, że tę część szkody ubezpieczony będzie zobowiązany pokryć we własnym zakresie.

Ograniczeniem, które zmniejsza zakres odpowiedzialności zarówno ubezpieczyciela, jak i ubezpieczonego (sprawcę, podmiot odpowiedzialny), jest zasada uwzględniania przyczynienia się poszkodowanego do powstania szkody lub zwiększenia jej rozmiarów. Uprawnia ono do odpowiedniego zmniejszenia świadczenia (por. art. 362 k.c.).

Roszczenia powinny być zgłoszone przez poszkodowanego przed upływem terminu przedawnienia, wyjątek stanowi ubezpieczenie z triggerem *claims-made*, które ogranicza odpowiedzialność ubezpieczyciela, ale nie ubezpieczonego. Kodeks cywilny w zakresie roszczeń poszkodowanego z tytułu ubezpieczeń OC odsyła do tzw. przepisów ogólnych (art. 819 § 3 k.c.), które są znacząco dłuższe dla odpowiedzialności deliktowej (por. art. 442^1 k.c.), a niekiedy także kontraktowej (art. 118 k.c.) i za produkt (art. 449^8 k.c.).

W procesie likwidacji szkody mogą zostać zgłoszone także koszty poniesione przez ubezpieczonego, które mogą być zgodnie z umową objęte ubezpieczeniem, w tym koszty rzeczoznawców lub koszty obrony (koszty sądowe) – zazwyczaj jednak pod warunkiem, że zostały uzgodnione z ubezpieczycielem lub wręcz poczynione na jego polecenie.

Typowe produkty – oferta rynkowa

Ubezpieczyciele oferują ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej od XIX wieku, choć niektóre źródła podają, że ich zalążki sięgają średniowiecza i ubezpieczeń morskich [Kowalewski, 1981]. Ich wprowadzaniu towarzyszyły dylematy moralne, czy należy uwalniać sprawcę od zobowiązania do naprawienia szkody. Ostatecznie jednak podkreśla się, że istotniejsza jest funkcja ochrony poszkodowanych (zapewnienia im kompensacji) niż represji wobec sprawcy, zwłaszcza że potencjał finansowy sprawcy może nie wystarczyć na pokrycie tych zobowiązań.

Współcześnie ubezpieczenia OC stanowią istotny i trudny segment rynku ubezpieczeń majątkowych. Problemy generują wzrost liczby i wartości roszczeń, długie okresy rozliczenia świadczeń (z uwagi na okresy przedawnienia, szkody pośrednie, świadczenia długookresowe). Mimo to oferta rynkowa w zakresie ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej jest bardzo szeroka.

Typowe produkty oferowane na polskim rynku to:

- obowiązkowe ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej – przy czym większość ubezpieczycieli w swojej ofercie posiada ubezpieczenie OC komunikacyjne, rolnika, trudniej dostępne są ubezpieczenia OC organizatora imprez masowych, zakładu opieki zdrowotnej, związane z wykonywaniem określonych zawodów objętych obowiązkiem ubezpieczenia;
- ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ogólnej – wynikającej z prowadzonej działalności gospodarczej lub posiadania mienia (*general liability*);
- ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawodowej (*professional indemnity*), których konstrukcja uwzględnia specyfikę zawodów, dla jakich są przeznaczone, w tym np. medycznych;
- ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przewoźnika;
- ubezpieczenia OC za produkt (*product liability*);
- ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej organów władz (D&O);
- ubezpieczenie OC w życiu prywatnym.

Wśród specyficznych i coraz bardziej popularnych produktów należy wymienić:

- Ubezpieczenie OC za produkt, którego znaczenie rośnie wraz ze wzmożoną ideą ochrony konsumentów, przy czym obszar ten jest narażony szczególnie na szkody seryjne. Produkty te przeznaczone są dla podmiotów zagrożonych odpowiedzialnością, do których według regulacji polskiej należą producent lub importer, a w pewnych sytuacjach także wytwórca części składowych, a nawet sprzedawca.
- Ubezpieczenie OC członków władz, które zyskuje na znaczeniu z uwagi na roszczenia grupowe (*class actions*) akcjonariuszy, jakie pojawiają się na świecie. Zakres ochrony w typowych produktach obejmuje odpowiedzialność władz i kluczowych pracowników za szkody wyrządzone zarówno spółce (niewłaściwe zarządzanie), jak i jej pracownikom (dyskryminacja, mobbing) oraz osobom trzecim, jak akcjonariusze (utrata wartości spółki w wyniku błędów zarządzania).

5.4.2. Ubezpieczenia ochrony prawnej

Drugą, stosunkowo popularną kategorię ubezpieczeń dotyczących obszaru odpowiedzialności tworzą ubezpieczenia ochrony prawnej (grupa 17 działu II). Zgodnie z ustawą (art. 27 u.d.u.r.) polegają na tym, że zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do poniesienia kosztów postępowania sądowego oraz wykonania innych usług związanych bezpośrednio z ochroną ubezpieczeniową, w szczególności w celu:

1) zapewnienia odszkodowania z tytułu poniesionej przez ubezpieczonego straty, szkody lub uszkodzenia ciała przez ugodę pozasądową lub w postępowaniu cywilnym lub karnym;

2) obrony w postępowaniu karnym lub reprezentowania ubezpieczonego w postępowaniu cywilnym, karnym, administracyjnym lub innym postępowaniu, lub w związku z roszczeniem zgłoszonym wobec tej osoby.

Zapewniają zatem pokrycie przez zakład ubezpieczeń kosztów związanych z postępowaniem sądowym, w które zaangażowany jest ubezpieczony albo jako dochodzący roszczeń, albo gdy postępowanie toczy się przeciwko niemu. Typowe koszty obejmowane kompensacją to:

- wynagrodzenie adwokata lub radcy prawnego,
- koszty sądowe, w tym zwrot kosztów procesu poniesionych przez stronę przeciwną,
- koszty postępowania egzekucyjnego,
- koszty postępowania sądu polubownego,
- koszty postępowania administracyjnego,
- koszty poręczenia majątkowego w postępowaniu karnym,
- koszty notarialne,
- koszty podróży ubezpieczonego,
- koszty opinii rzeczoznawców.

Ubezpieczenie może obejmować również koszty pomocy prawnej w sprawach niezwiązanych z postępowaniem sądowym (dot. zawartych umów). W umowie ustalana jest suma ubezpieczenia, zazwyczaj na wszystkie zdarzenia (z konsumpcją), niekiedy wprowadzane są limity dla poszczególnych kosztów oraz udział własny.

Regulacja ustawowa wymaga, by ubezpieczony miał zapewnioną swobodę wyboru pełnomocnika procesowego, niemniej w ogólnych warunkach ubezpieczyciel zastrzega często obowiązek uzyskania zgody na skorzystanie z usług pełnomocnika oraz dostarczanie informacji pozwalających na monitorowanie czynności.

W efekcie rozliczenia następują najczęściej na podstawie dowodu poniesionych wydatków (w niektórych krajach ubezpieczyciele uprawnieni są do organizowania usług, wówczas zapewniają w istocie świadczenie rzeczowe). Oferowane są także porady telefoniczne online jako usługa dodatkowa.

Katalog wyłączeń odpowiedzialności jest szeroki, obejmuje określone rodzaje kosztów oraz okoliczności, np. nieuzgodnienie kosztów, skorzystanie z pełnomocnika bez uprawnień. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje ewentualnego odszkodowania dla przeciwnika procesowego – zobowiązanie takie może być objęte zakresem ochrony w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

W praktyce, jak wspomniano, ubezpieczenia ochrony prawnej funkcjonują jako klauzule w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej – wówczas ich zakres jest dostosowany do produktu podstawowego (takie rozszerzenie stanowi też istotny składnik ochrony w ubezpieczeniach OC członków władz, czy też np. profesjonalnych firm świadczących usługi fizycznej i technicznej ochrony mienia), bądź jako odrębne produkty – wówczas ich zakres może być bardzo szeroki, np. dotyczyć całej sfery życia prywatnego albo związanej z posiadaniem i użytkowaniem po-

jazdów, działalnością zawodową oraz różnych rodzajów postępowań – z zakresu prawa karnego, cywilnego czy administracyjnego.

Aktualna oferta na polskim rynku jest znacznie bardziej rozbudowana – adresowana jest już nie tylko do osób zarządzających firmą (członków władz, rad nadzorczych, menedżerów wysokiego szczebla), ale także na wypadek, gdy w związku z pełnieniem swoich funkcji zostaną pozwane (w sprawie cywilnej) bądź oskarżone (w sprawie karnej lub karnej skarbowej). Stanowi powszechne uzupełnienie oferty ubezpieczeń komunikacyjnych – w sprawach związanych z wypadkiem komunikacyjnym lub w sporach związanych z umowami odnoszącymi się do pojazdów mechanicznych, np. umowy sprzedaży pojazdów, warunków gwarancji itp. Pojawiają się także produkty uniwersalne (dla przedsiębiorców, dla rodziny, gospodarstwa rolnego) i specjalistyczne, np. ubezpieczenie ochrony prawnej na wypadek sporów z organami podatkowymi, organami kontroli skarbowej.

Słowa kluczowe

- Czyste straty
- Odpowiedzialność cywilna
- Odpowiedzialność deliktowa
- Odpowiedzialność kontraktowa
- Szkody na osobie
- Szkody rzeczowe
- Trigger
- Zasada ryzyka
- Zasada winy

Pytania kontrolne

1. Jakich sytuacji dotyczy odpowiedzialność deliktowa, a jakich kontraktowa?
2. Jak są definiowane w produktach szkody rzeczowe?
3. Czym są czyste straty finansowe?
4. Co to jest trigger?
5. Jakie cztery podstawowe triggery stosowane są w ubezpieczeniach OC?
6. Jakie koszty pokrywane są przez ubezpieczyciela w ubezpieczeniach ochrony prawnej?

5.5. Ubezpieczenia komunikacyjne

A. Jędrzychowska, E. Poprawska

W związku z ciągłym rozwojem motoryzacji oraz wzrostem znaczenia komunikacji w życiu Polaków ubezpieczenia komunikacyjne stanowią największą część (mierzoną przypisem składki brutto) ubezpieczeń majątkowych w Polsce. Rynek ubezpieczeń komunikacyjnych oferuje bardzo szeroki wachlarz możliwości wybo-

ru ubezpieczyciela oraz różnorodność wysokości pobieranych składek. W dalszej części podrozdziału zostaną przybliżone poszczególne rodzaje tych ubezpieczeń. W pierwszej kolejności – obowiązkowe ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (tzw. OC komunikacyjne), czyli ubezpieczenie wskazane w **grupie 10** (dział II wg załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wszelkiego rodzaju, wynikającej z posiadania i użytkowania pojazdów lądowych z napędem własnym, łącznie z ubezpieczeniem odpowiedzialności przewoźnika).

Następnie omówione zostaną ubezpieczenia dobrowolne związane z ruchem drogowym:

Grupa 1. Ubezpieczenia wypadku, w tym wypadku przy pracy i choroby zawodowej: (1) świadczenia jednorazowe, (2) świadczenia powtarzające się, (3) połączone świadczenia, o których mowa w pkt 1 i 2, (4) przewóz osób.

Grupa 3. Ubezpieczenia casco pojazdów lądowych, z wyjątkiem pojazdów szynowych, obejmujące szkody w pojazdach samochodowych, pojazdach lądowych bez własnego napędu.

Grupa 18. Ubezpieczenia świadczenia pomocy na korzyść osób, które popadły w trudności w czasie podróży lub podczas nieobecności w miejscu zamieszkania.

Zakłady ubezpieczeń, chcąc zachęcić posiadaczy pojazdów mechanicznych do zakupu ubezpieczeń komunikacyjnych, sprzedają je łącznie z obowiązkowym ubezpieczeniem OC. Oferują więc pakiety ubezpieczeń komunikacyjnych, w których oprócz obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych znajdują się z reguły także takie produkty, jak: autocasco, *assistance*, ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków, ubezpieczenia bagażu. Pakiety te występują w różnych wariantach, począwszy od standardowego (z najniższą składką ubezpieczeniową), do wariantu maksymalnego (z najwyższą składką ubezpieczeniową i rozszerzoną odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń).

Jest to dynamiczna grupa ubezpieczeń, która ma wciąż największy udział w dziale II polskiego rynku. Dlatego dla stanu wiedzy i orientacji w tym obszarze ubezpieczeń ważne jest śledzenie zarówno publikacji i opracowań instytucji, takich jak PIU, UFG, PBUK oraz Rzecznik Finansowy[10], jak i obszerniejszych publikacji naukowych, np. [Ronka-Chmielowiec (red.), 2013].

[10] Urząd Rzecznika Finansowego wprowadziła ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz.U. poz. 1348). Rzecznik Finansowy działa od 11 października 2015 r., zastępując Rzecznika Ubezpieczeniowego.

5.5.1. Ubezpieczenie OC komunikacyjne

Ubezpieczenie OC komunikacyjne ma na celu ochronę interesów dwóch grup:

- osób poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych przez zagwarantowanie, że w razie wypadku odpowiedzialność za szkody przejmie zakład ubezpieczyciel, a więc instytucja, której możliwości finansowe są zdecydowanie wyższe niż osób ubezpieczonych,
- osób ubezpieczonych na wypadek wyrządzenia szkody osobom trzecim i konieczności ich finansowej rekompensaty, co – zwłaszcza w przypadku szkód na osobie – mogłoby w znaczący sposób uszczuplić majątek sprawcy.

Ubezpieczenia te mają różną konstrukcję w zależności od systemu prawnego obowiązującego w danym kraju oraz od tego, czy nacisk jest położony na ochronę poszkodowanych, czy też sprawców. Ponadto ubezpieczenie to może być „przypisane" do pojazdu (wówczas obejmuje odpowiedzialność każdej osoby, która kierując danym pojazdem, wyrządzi szkodę osobom trzecim) lub do kierowcy, wówczas obejmuje odpowiedzialność cywilną danego kierowcy, możliwe są też warianty mieszane. Z uwagi na powszechność występowania wypadków komunikacyjnych oraz dużą liczbę poszkodowanych w tych wypadkach, w wielu krajach jest to ubezpieczenie o charakterze obowiązkowym. Takie rozwiązanie jest typowe dla krajów europejskich.

W Stanach Zjednoczonych (w 40 stanach) jest obowiązek posiadania ubezpieczenia związanego z ruchem drogowym. Ubezpieczenie to ma kształt ubezpieczenia OC lub ubezpieczenia niezależnego od odpowiedzialności (*no fault*) [Mehr, Cammack, 1976, s. 348–355]. Pierwszym stanem, w którym wprowadzono obowiązkowe ubezpieczenie OC komunikacyjne, był stan Massachusetts (1925 r.), kolejne stany podjęły decyzję o wprowadzeniu wiele lat później, np. Nowy Jork w 1957 roku, a Karolina Północna w 1958 roku. Podobnie różny jest kształt obowiązkowego ubezpieczenia związanego z ruchem drogowym w Kanadzie, gdzie jest ono obligatoryjne we wszystkich prowincjach. W krajach azjatyckich również występuje obowiązek posiadania ubezpieczenia związanego z ruchem drogowym, jednak w wielu krajach ma ono węższy zakres ochrony niż typowy dla krajów europejskich. Przykładowo w Brunei, Hongkongu, Indonezji, Malezji, na Filipinach, Tajwanie i w Tajlandii z ubezpieczenia wypłacane są świadczenia tylko w przypadku śmierci lub uszkodzenia ciała [*OECD. Social Policy…*]. Podobnie obowiązek taki mają obywatele Turcji i Japonii. Na antypodach jest to również ubezpieczenie obowiązkowe, ale zakres odpowiedzialności jest różny w poszczególnych stanach.

W Polsce jest to ubezpieczenie obowiązkowe regulowane ustawą z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Za **przedmiot ubezpieczenia** przyjmuje się odpowiedzialność cywilną każdej osoby za szkodę wyrządzoną w związku z ruchem pojazdu, przy czym za szkody takie uważa się również (art. 34 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych,

Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych) szkody powstałe:

- przy **wsiadaniu** do pojazdu mechanicznego i **wysiadaniu** z niego,
- bezpośrednio przy **załadowywaniu** i **rozładowywaniu** pojazdu mechanicznego,
- podczas **zatrzymania**, **postoju** lub **garażowania**.

Istotą tego ubezpieczenia jest zatem ochrona poszkodowanych w wyniku ruchu pojazdów. Ale z ubezpieczenia korzystają również sprawcy szkody, gdyż nie muszą samodzielnie płacić odszkodowań, które obejmują nie tylko koszty pomocy medycznej ofiarom i koszty likwidacji bezpośrednich skutków wypadków, lecz także koszty świadczeń długoterminowych i renty wypłacane ofiarom, a także zwrot utraconych dochodów.

Istotne jest również to, że zgodnie z wolą ustawodawcy:

- ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych jest objęta odpowiedzialność cywilna każdej osoby, która kierując pojazdem mechanicznym w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczeniowej, wyrządziła szkodę w związku z ruchem tego pojazdu (art. 35 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych);
- odszkodowanie z ubezpieczenia OC należy się za szkodę, której następstwem jest śmierć, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia, bądź też utrata, zniszczenie lub uszkodzenie mienia (art. 34 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych);
- zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do zapłaty odszkodowania, jeżeli posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym jest obowiązany do odszkodowania za wyrządzoną w związku z ruchem tego pojazdu szkodę, przy czym jego odpowiedzialność ustalana jest zgodnie z regułami kodeksu cywilnego (zasada ryzyka bądź winy).

Zakres zobowiązania zakładu ubezpieczeń determinowany jest przepisami kodeksu cywilnego w granicach normalnych następstw, z uwzględnieniem przyczynienia się poszkodowanego do powstania szkody (art. 361, 362 i 363 k.c.), a jeśli dotyczy to również reguł odnoszących się do odpowiedzialności – za szkody na osobie (art. 444 i nast. k.c.). Ponadto zastosowanie znajdą ograniczenia wynikające z ustawy lub umowy (w tym suma gwarancyjna określana przez ustawodawcę jako minimalna).

Wyłączenia odpowiedzialności określone są w art. 38 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK. Obejmują szkody:

1) polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia, wyrządzone przez kierującego posiadaczowi pojazdu mechanicznego; dotyczy to również sytuacji, w której posiadacz pojazdu mechanicznego, którym szkoda została wyrządzona, jest posiadaczem lub współposiadaczem pojazdu mechanicznego, w którym szkoda została wyrządzona;

2) wynikłe w przewożonych za opłatą ładunkach, przesyłkach lub bagażu, chyba że odpowiedzialność za powstałą szkodę ponosi posiadacz innego pojazdu mechanicznego niż pojazd przewożący te przedmioty;

3) polegające na utracie gotówki, biżuterii, papierów wartościowych, wszelkiego rodzaju dokumentów oraz zbiorów filatelistycznych, numizmatycznych i podobnych;

4) polegające na zanieczyszczeniu lub skażeniu środowiska.

Warto zaznaczyć, że w sytuacji gdy kierujący:

- wyrządził szkodę umyślnie, w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
- wszedł w posiadanie pojazdu wskutek popełnienia przestępstwa,
- nie posiadał wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem mechanicznym, z wyjątkiem przypadków, gdy chodziło o ratowanie życia ludzkiego lub mienia, albo o pościg za osobą podjęty bezpośrednio po popełnieniu przez nią przestępstwa,
- zbiegł z miejsca zdarzenia,

zakładowi ubezpieczeń oraz Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu przysługuje prawo dochodzenia od kierującego pojazdem mechanicznym zwrotu odszkodowania wypłaconego z tytułu ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Zatem w tych przypadkach chroni się poszkodowanego przez wypłatę odszkodowania czy świadczenia, ale istnieje możliwość obciążenia sprawcy wypadku kosztami świadczeń.

Na polski rynek ubezpieczeń komunikacyjnych mają wpływ również regulacje prawne o charakterze międzynarodowym w postaci tzw. **dyrektyw komunikacyjnych** [Monkiewicz (red.), 2005]. Zobowiązują one poszczególne państwa członkowskie UE do wprowadzenia rozwiązań dotyczących ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Od 11.06.2012 roku **sumy gwarancyjne** w obowiązkowych ubezpieczeniach OC posiadaczy pojazdów mechanicznych ustanowiono w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki są objęte ubezpieczeniem, bez względu na liczbę poszkodowanych, na poziomie:

- **5 mln euro za szkody na osobach,**
- **1 mln euro za szkody w mieniu.**

Dyrektywa dopuszcza również rozwiązanie, w którym w przypadku szkód na osobie minimalna suma gwarancyjna wynosi 1 mln euro na jednego poszkodowanego zamiast 5 mln euro na jedno zdarzenie. Kwoty te stanowią wartości minimalne dla sum gwarancyjnych, a kraje członkowskie mogą wybrać jedno z zaproponowanych rozwiązań (w większości krajów UE obowiązuje limit ustanowiony na jedno zdarzenie niezależnie od liczby poszkodowanych, natomiast np. w Czechach minimalna wysokość sumy gwarancyjnej dla szkód na osobie ustanowiona

jest na poziomie 1 354 800 euro na jednego poszkodowanego). Mogą też ustanowić sumy gwarancyjne w ubezpieczeniu komunikacyjnym na wyższym poziomie, np. w Szwajcarii wysokość minimalnej sumy gwarancyjnej dla szkód na osobie wynosi 50 mln euro, w Hiszpanii – 70 mln euro na jedno zdarzenie niezależnie od liczby poszkodowanych, lub też zastosować rozwiązanie, w którym odpowiedzialność ubezpieczyciela nie jest limitowana, takie rozwiązanie stosowane jest np. w Finlandii, Francji, Irlandii, Luksemburgu, Norwegii, Wielkiej Brytanii.

Ubezpieczenie OC komunikacyjne musi być wykupione dla każdego pojazdu mechanicznego dopuszczonego do ruchu.

W rozumieniu przepisów za **pojazdy dopuszczone do ruchu na terytorium Polski** przyjmuje się:

- pojazdy zarejestrowane w Polsce oraz motorowery,
- pojazdy zarejestrowane za granicą,
- inne pojazdy, będące w posiadaniu jednostek podległych ministrom obrony narodowej i spraw wewnętrznych, napędzane umieszczonym na nich silnikiem, wraz z ciągniętym wszelkiego rodzaju sprzętem,
- pojazdy podlegające rejestracji, które nie są zarejestrowane, a mimo to są wprowadzone do ruchu.

Jeżeli pojazd jest zarejestrowany czasowo lub jest zarejestrowany za granicą, to ubezpieczenie OC zawiera się na czas krótszy niż 12 miesięcy. We wszystkich innych przypadkach ubezpieczenie zawierane jest na okres 12 miesięcy i ulega ono przedłużeniu na następne 12 miesięcy, chyba że posiadacz pojazdu nie później niż na jeden dzień przed upływem okresu, na jaki zostało zawarte ubezpieczenie, powiadomi zakład o jego wypowiedzeniu.

Umowę ubezpieczenia OC zawiera się na wniosek posiadacza pojazdu lub osoby przez niego upoważnionej, złożony ubezpieczycielowi, który zawarcie tej umowy potwierdza polisą lub innym dokumentem ubezpieczenia.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się z chwilą zawarcia umowy i zapłacenia składki lub pierwszej jej raty.

Można ustalić inny termin rozpoczęcia odpowiedzialności, ale tylko wówczas, gdy umowę zawiera się na czas krótszy niż 12 miesięcy lub przed zarejestrowaniem pojazdu.

W razie opłacania składki ubezpieczeniowej w ratach – niezapłacenie przez posiadacza pojazdu raty w oznaczonym terminie nie powoduje ustania odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Zakład ubezpieczeń w odniesieniu do ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów mechanicznych indywidualnie ustala pewne parametry, które wykorzystuje do wyliczenia **składki podstawowej**. Ponadto dla poszczególnych klientów w praktyce konstruowany jest **system zniżek** i **zwyżek** podstawowej kwoty składki, który stanowi podstawę ustalania ostatecznej składki. Ta zwyżka lub zniżka zależna jest od oceny ryzyka. Składka ubezpieczeniowa jest iloczynem stawki podstawowej

i sumy ubezpieczenia (wartość pojazdu) z dnia zawierania umowy ubezpieczenia, z uwzględnieniem zwyżek lub zniżek składki zależnych od indywidualnej oceny ryzyka. Na rynku znana jest tendencja do zwiększania liczby czynników ryzyka branych pod uwagę w systemie zwyżek i zniżek w określaniu składki dla ubezpieczeń komunikacyjnych. Aby można to było rzetelnie stosować, zakłady ubezpieczeń powinny prowadzić na bieżąco szerokie badania statystyczne [*Ubezpieczenia komunikacyjne w latach…*; *Ubezpieczenia komunikacyjne w Polsce…*] sprawdzające wpływ tych wszystkich czynników ryzyka na przebieg szkodowości. Najczęściej wybieranymi przez ubezpieczycieli czynnikami wpływającymi na składkę podstawową są:

- rodzaj samochodu,
- marka samochodu,
- pojemność silnika,
- rodzaj paliwa,
- miejsce użytkowania pojazdu, typ pojazdu,
- wiek właściciela i osób, które korzystają z pojazdu.

Ubezpieczyciele często stosują ponadto listę dodatkowych czynników, jak np. szacowany roczny przebieg pojazdu, miejsce parkowania, czas posiadania przez ubezpieczającego prawa jazdy (ma to być czynnik odzwierciedlający doświadczenie kierującego), stan cywilny, liczba posiadanych dzieci, wykonywany zawód. Do niedawna jednym z czynników mogła być też płeć, jednak nowelizacja[11] ustawy o działalności ubezpieczeniowej z 2009 roku wprowadziła także implementację dyrektywy 2005/68/WE w zakresie możliwości różnicowania składek ubezpieczeniowych, która zakazuje różnicowania wysokości składek ze względu na płeć[12].

W innych krajach europejskich zamiast pojemności silnika uwzględnia się jego moc. Przyjęta w Polsce konwencja wynika ze słabszej korelacji wskaźnika szkodowości i pojemności od czynnika stosowanego w Europie. Uwzględniony zostaje również obszar, po którym porusza się pojazd – wsie, miasta, aglomeracje, gdyż współczynniki szkodowości na tych terenach istotnie się od siebie różnią.

W kalkulacji składki dla ubezpieczeń OC komunikacyjnych szeroko wykorzystywany jest **system bonus–malus**. Genezą opracowania systemu bonus–malus była chęć indywidualnego dopasowania wysokości składki ubezpieczeniowej do ryzyka związanego z danym klientem (funkcja taryfikacyjna) oraz zmniejszanie

[11] Nowelizacja dokonana na mocy ustawy z dnia 13 lutego 2009 r. o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 42, poz. 341), która weszła w życie 18 czerwca 2009 r.

[12] Według obecnie obowiązującej Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej art. 34: 1. „Zastosowanie przez zakład ubezpieczeń kryterium płci w kalkulowaniu składek ubezpieczeniowych i świadczeń nie może prowadzić do różnicowania składek ubezpieczeniowych i świadczeń poszczególnych osób".

2. „Różnicowanie składek ubezpieczeniowych i świadczeń do celów ubezpieczeń z działu I i II załącznika do ustawy i związanych z nimi usług finansowych ze względu na ciążę i macierzyństwo jest zakazane".

liczby szkód przez wprowadzenie zmiennej taryfy składki, która karałaby osoby powodujące liczne wypadki (funkcja prewencyjna). Niestety taryfikacja *a priori* nie spełniła swojej funkcji, gdyż nawet przy uwzględnieniu dużej liczby czynników nie odwzorowywała w pełni przyszłej szkodowości ubezpieczonego. Z tego powodu w połowie XX wieku upowszechniła się metoda klasyfikacji do grup *a posteriori*. Najbardziej znaną metodą jest system zniżek i zwyżek – system bonus–malus.

Systemy bonus–malus służą głównie różnicowaniu składki ubezpieczeniowej dla klientów o różnej historii szkód w przeszłości. Rozpowszechnione są w całej Europie, jednak zastosowane rozwiązania są zróżnicowane: od systemów kształtowanych dowolnie przez zakłady ubezpieczeń, do systemów ujednoliconych, narzuconych przez ustawodawców (np. w Danii). Nazwa systemów (z łac. *bonus–malus*, dobry–zły) wiąże się z ideą nagradzania zniżką składki za bezszkodową historię ubezpieczenia (bonus) i karania zwyżką składki za występujące w poprzednich okresach ubezpieczenia szkody (malus). Ubezpieczeni są przydzielani do klas o różnej wysokości składek w zależności od liczby zgłoszonych w poprzednim okresie szkód oraz klasy, w jakiej znajdowali się w poprzednim okresie.

Do najważniejszych funkcji systemów bonus–malus należą[13]:

- funkcja **taryfikacyjna** – zróżnicowanie składek dla klientów o niskiej i wysokiej szkodowości – dopasowanie składki do indywidualnego ryzyka,
- funkcja **prewencyjna** – oddziaływanie na szkodowość przez zachęcanie ubezpieczonych do unikania szkód,
- funkcja **marketingowa** – duże ulgi w wysokości składek są atrakcyjne dla klientów, stanowią istotny element podnoszący atrakcyjność oferty ubezpieczyciela.

System zniżek i zwyżek funkcjonuje nie tylko w Europie, ale i w Azji i niektórych państwach afrykańskich i latynoamerykańskich. Natomiast w krajach Ameryki Północnej system bonus–malus jest rzadziej stosowany z powodu specyficznego

[13] Systemy bonus–malus charakterystyczne są dla rynku ubezpieczeń komunikacyjnych, przede wszystkim obowiązkowego OC. W wielu krajach, w tym także w Polsce, stosuje się je również przy ubezpieczeniu autocasco. Mimo że funkcję prewencyjną wymienia się jako jedną z funkcji systemu bonus–malus, należy dopowiedzieć, iż w ubezpieczeniach AC ma ona ograniczone zastosowanie. Trudno bowiem mówić o prewencji w odniesieniu do takich szkód, na których zaistnienie właściciel pojazdu nie ma wpływu (np. kradzież, szkoda będąca wynikiem działania sił natury czy działania osób trzecich) – poza zachowaniem należytej staranności w zabezpieczeniu pojazdu ubezpieczony nie może w żaden sposób wpływać na częstość występowania szkód. Karanie zwyżką składki w takich sytuacjach wydaje się nieuzasadnione i nielojalne wobec ubezpieczonego. Ponadto pojawia się odwrotne wręcz działanie – zatajanie zaistniałych szkód celem zachowania zniżek, zatem zafałszowywanie statystyk i fikcyjne obniżanie szkodowości (efekt zwany w literaturze *hunger of bonus* – „łaknienie zniżki"). Niektóre zakłady ubezpieczeń podjęły również próbę wprowadzenia systemu bonus–malus w ubezpieczeniach mieszkań, choć również tu pojawiają się podobne problemy, jak w odniesieniu do autocasco. Pomimo wielu zalet systemu bonus–malus wielu aktuariuszy w sposób krytyczny wyraża się o taryfikacji *a posteriori*. Ich zdaniem nagradzanie kierowców za bezszkodową jazdę kłóci się z podstawowymi zasadami ubezpieczeń, które stanowią o ekonomicznej stabilności systemu ubezpieczeń gwarantowanej ubezpieczonym przy podpisywaniu umowy.

podejścia do taryfikacji *a posteriori,* por. [*Automobile* ...][14]. Według niektórych autorów [Lemaire, 1995] systemy taryfikacji *a posteriori* z jednej strony pozwalają na ujęcie czynników trudnych do kwantyfikacji, z drugiej jednak stanowią zaprzeczenie idei ubezpieczenia, gdzie w zamian na pewną składkę ubezpieczyciel przejmuje ryzyko, na jakie narażony jest ubezpieczony. Przy zastosowaniu systemów bonus–malus składka staje się również losowa, zależna od historii szkód. Drugim argumentem przeciw systemom bonus–malus jest to, że ich stosowanie zaprzecza zasadzie solidarności ubezpieczonych (ubezpieczeni, którzy w danym okresie nie spowodowali szkód, pomagają tym, u których szkody wystąpiły).

Jak wspomniano, w systemach bonus–malus ubezpieczeni są przydzielani do klas o różnej wysokości składek w zależności od liczby zgłoszonych w poprzednim okresie szkód oraz od klasy, w jakiej znajdowali się w poprzednim okresie.

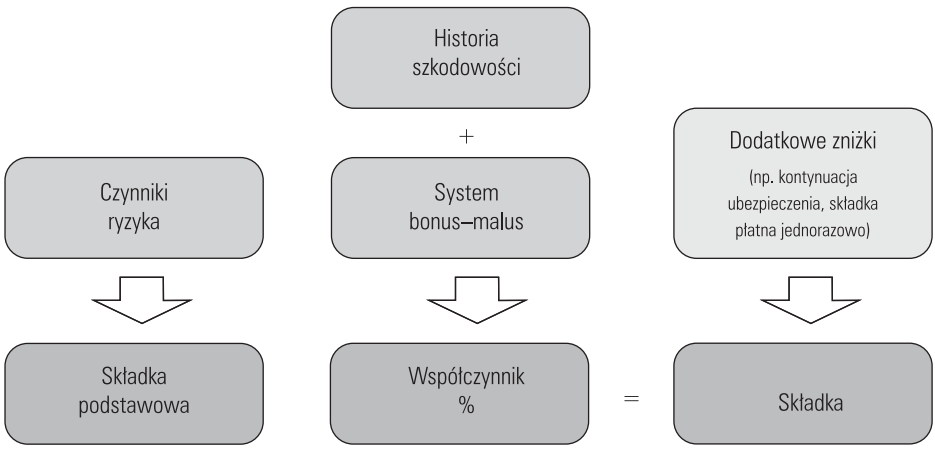
Proces ustalania składki dla każdego klienta w systemie bonus–malus:

- Klienci są wstępnie klasyfikowani na podstawie czynników *a priori*, ustalana jest dla nich wysokość składki podstawowej.
- Następnie ustala się, w jakiej klasie taryfowej powinien znaleźć się dany klient na podstawie tego, w jakiej klasie znajdował się w poprzednim okresie ubezpieczenia, oraz liczby szkód, jakie zostały zgłoszone z jego ubezpieczenia w minionym okresie (w razie braku szkód klient przechodzi do klasy następnej, w razie zgłoszenia szkód cofa się według ustalonego algorytmu do jednej z klas poprzednich).
- Każdej klasie przypisany jest odpowiedni współczynnik (stawka, poziom składki) określający, jaki procent składki podstawowej powinien płacić klient – w klasach zniżkowych jest to współczynnik mniejszy od 1, dla klas zwyżkowych większy od 1 (lub 100%, gdyż przyjęło się wyrażać te współczynniki jako procent składki podstawowej).
- Współczynnik ten stosowany jest do korygowania ustalonej wcześniej na podstawie czynników *a priori* składki podstawowej (ostateczna składka to iloczyn współczynnika i składki podstawowej).

Schemat ustalania składki w systemie bonus–malus przedstawiono na rys. 5.2.

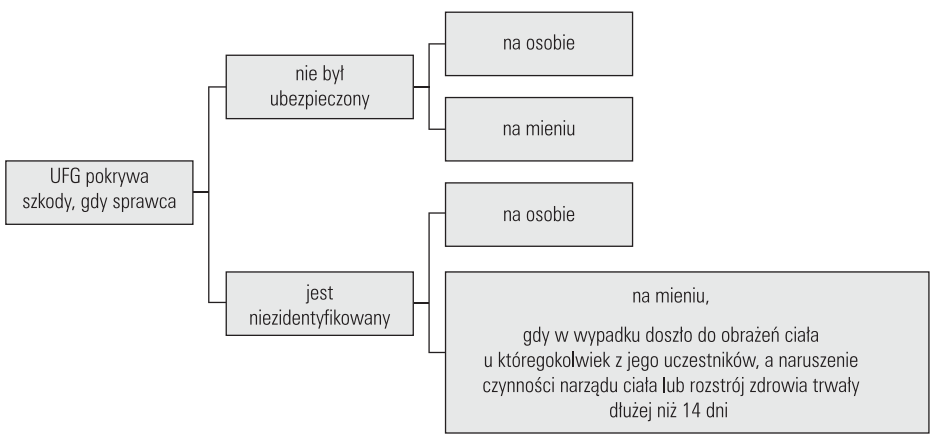
Z funkcjonowaniem ubezpieczeń OC komunikacyjnego związana jest również działalność Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego. Jego zadaniem jest zapewnienie szczelności systemu obowiązkowego OC oraz ograniczenie liczby nieubezpieczonych pojazdów poruszających się po polskich drogach. Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny zajmuje się m.in. wypłatą odszkodowań poszkodowanym w wypadkach drogowych spowodowanych przez nieubezpieczonych właścicieli pojazdów oraz nieubezpieczonych bądź w sytuacjach, gdy sprawca jest nieznany (art. 98 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK).

[14] Za: B. Kochański, *Efektywność funkcjonowania systemu bonus-malus w ubezpieczeniach komunikacyjnych w Polsce i w wybranych krajach europejskich*, praca magisterska napisana pod kierunkiem prof. dra hab. M. Szredera, UG, 2000, Gdańsk.



Rysunek 5.2. Schemat ustalania wysokości składki w systemie bonus–malus

Źródło: opracowanie własne.


UFG pokrywa szkody, gdy sprawca
nie był ubezpieczony
na osobie
na mieniu
jest niezidentyfikowany
na osobie
na mieniu,
gdy w wypadku doszło do obrażeń ciała u któregokolwiek z jego uczestników, a naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia trwały dłużej niż 14 dni

Rysunek 5.3. Szkody pokrywane przez UFG

Źródło: opracowanie własne na podstawie ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK.

UFG zajmuje się także kontrolą i karaniem nieubezpieczonych, a także włącza się w projekty mające na celu zapewnienie lepszej ochrony ofiarom wypadków drogowych spowodowanych przez sprawców bez ważnego OC.

Na koniec należy wspomnieć o konsekwencjach finansowych, które spotkają osobę nieposiadającą obowiązkowej polisy.

Wysokość kary w ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, począwszy od 1 stycznia 2012 r., stanowi równowartość:

- samochody osobowe – dwukrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę,
- samochody ciężarowe, ciągniki samochodowe i autobusy – trzykrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę,
- pozostałe pojazdy – jednej trzeciej minimalnego wynagrodzenia za pracę.

Warto pamiętać, iż w przypadku posiadaczy pojazdów mechanicznych, którzy nie spełnili obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia OC komunikacyjnego, wysokość opłaty jest uzależniona od okresu pozostawania tego posiadacza bez ochrony ubezpieczeniowej w każdym roku kalendarzowym.

Wysokość opłaty wynosi:

- 20% opłaty – w przypadku gdy okres ten nie przekracza 3 dni,
- 50% opłaty – w przypadku gdy okres ten nie przekracza 14 dni,
- 100% opłaty – w przypadku gdy okres ten przekracza 14 dni.

Jeżeli podmiot kontrolowany nie przedstawi dokumentów świadczących o tym, że okres, w którym nie posiadał ubezpieczenia, jest krótszy niż 14 dni, nakładana jest kara w pełnej wysokości.

5.5.2. Ubezpieczenie autocasco

Ubezpieczenie autocasco to drugie po ubezpieczeniu OC najczęściej kupowane przez Polaków ubezpieczenie komunikacyjne. Odszkodowanie wypłacane z tego ubezpieczenia ma za zadanie pokryć szkodę będącą następstwem takich zdarzeń jak zniszczenie, uszkodzenie i kradzież pojazdu.

Przedmiotem ubezpieczenia autocasco są pojazdy wraz z wyposażeniem.

Zdecydowana większość ogólnych warunków ogranicza ochronę ubezpieczeniową do wyposażenia standardowego, jednak przewiduje możliwość rozszerzenia ochrony za dodatkową składkę. Na przykład mogą to być zdarzenia będące skutkiem działania sił przyrody (żywioły i inne zdarzenia), wypadki komunikacyjne, działania samego ubezpieczającego lub osób trzecich. Ponadto w ramach umowy pokrywane są niekiedy koszty dodatkowe (przy stosownym rozszerzeniu zakresu ochrony) w postaci przede wszystkim kosztów holowania, parkowania i transportu po szkodzie, wynajęcia pojazdu zastępczego, a także – zgodnie z warunkiem ustawowym (art. 36a ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych) – koszty dodatkowego badania technicznego, o którym mowa w art. 81 ust. 11 pkt 5 ustawy – Prawo o ruchu drogowym.

Tabela 5.4. Typowe zakresy ubezpieczenia AC

Zakres ochrony	Szkody objęte ochroną	Przyczyny powstałych szkód objęte odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń
Podstawowy	Uszkodzenie, zniszczenie, utrata przedmiotu ubezpieczenia	Działanie siły mechanicznej w odniesieniu do zetknięcia się (zderzenia) pojazdu z innym pojazdem, osobami, przedmiotami, zwierzętami. Powódź, zatopienie, huragan lub inne siły przyrody, pożar, wybuch. Działanie czynnika termicznego lub chemicznego. Działanie osób trzecich (w tym włamanie). Przewóz osoby, której ma być udzielona pomoc medyczna
Dodatkowy (wymagane jest zainstalowanie stosownych zabezpieczeń antykradzieżowych)	Zabór pojazdu, jego części lub wyposażenia. Uszkodzenie pojazdu, jego części lub wyposażenia	Kradzież, zabranie w celu krótkotrwałego użycia
Rozszerzony	Szkody powstałe podczas: jazd wyścigowych, treningowych, użycia pojazdu jako rekwizytu, kierowania pojazdem przeznaczonym do nauki, użycia pojazdu wynajmowanego w ramach działalności gospodarczej	

Źródło: [Sułkowska, 2007, s. 96].

Zgłoszenia roszczeń z tytułu zawartej umowy można dokonać niezależnie od tego, kto ponosi odpowiedzialność cywilną za szkodę w pojeździe.

Mogą to być zatem sytuacje, w których:

- posiadacz sam wyrządza szkodę w swoim pojeździe,
- szkodę wyrządza nieustalona osoba trzecia,
- szkodę wyrządza posiadacz innego pojazdu ruchem tego pojazdu,
- szkodę wyrządza ustalona osoba trzecia, a szkoda nie pozostaje w związku z ruchem tego pojazdu,
- szkoda jest wynikiem zdarzeń losowych, np. powódź, zatopienie, uderzenie pioruna, pożar, wybuch, lawina, osunięcie się ziemi, nagłe działanie czynnika termicznego lub chemicznego i wiele innych.

Najczęściej do listy typowych **wyłączeń** odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń zalicza się szkody:

- powstałe podczas normalnej eksploatacji pojazdu lub na skutek wad fabrycznych,
- będące następstwem użytkowania pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem,

- powstałe podczas używania pojazdu jako narzędzia służącego do popełnienia przestępstwa przez właściciela lub osobę przez niego upoważnioną do używania pojazdu,
- spowodowane umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa,
- powstałe podczas kierowania pojazdem niedopuszczonym do ruchu,
- powstałe w pojazdach pochodzących z kradzieży lub nielegalnie wprowadzonych na polski obszar celny,
- spowodowane działaniami wojennymi, działaniami związanymi ze stanem wojennym lub wyjątkowym lub użyciem pojazdu w akcjach protestacyjnych, blokadach dróg, strajkach itp.,
- powstałe w czasie kierowania pojazdem przez właściciela lub upoważnioną osobę w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub bez uprawnień do kierowania pojazdami.

W odróżnieniu od ubezpieczenia komunikacyjnego OC, zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela, a zatem zarówno przedmiot ubezpieczenia, katalog zdarzeń, obowiązki stron, jak i zasady likwidacji szkód w ubezpieczeniach casco wynikają z zawartej przez strony umowy. Jej kształt – jakkolwiek powinien być niesprzeczny z przepisami bezwzględnie obowiązującymi (kodeks cywilny, ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej) – różni się w poszczególnych zakładach ubezpieczeń, jest też istotnym czynnikiem ryzyka i narzędziem w procesie zarządzania nim, wpływając na poziom odszkodowań i świadczeń[15]. Jednocześnie jednak jest silnie zdeterminowany przez sytuację konkurencyjną na rynku. Z uwagi na to, że jest to produkt nieobowiązkowy, nie wszyscy dokonują jego zakupu. Ponadto wysoka składka ubezpieczeniowa często zniechęca posiadaczy pojazdów, a szczególnie tych, którzy są w posiadaniu pojazdów o niskiej wartości rynkowej[16].

Składka w ubezpieczeniu autocasco konstruowana jest podobnie jak w obowiązkowym ubezpieczeniu komunikacyjnym. Zakład ubezpieczeń indywidualnie dobiera parametry niezbędne do wyliczenia wysokości składki bazowej, która dodatkowo podlega zmniejszeniu lub zwiększeniu w zależności od klasy taryfowej, w której znajduje się polisa. Finalnie doliczane są jeszcze pozostałe koszty działalności ubezpieczeniowej. Najważniejsze czynniki mające wpływ na wysokość składki w ubezpieczeniu AC są podobne jak w przypadku ubezpieczenia OC, ewentualnie lista czynników uzupełniana jest o takie, które np. związane są z większą częstością kradzieży pojazdów (np. marka, model, a nawet kolor). Ponadto również w AC stosowane są metody różnicowania składek w zależności od przebiegu ubezpieczenia, w praktyce najczęściej systemy bonus–malus.

[15] Czynniki zmian i tendencje na polskim rynku w zakresie odszkodowań i świadczeń z tytułu ubezpieczeń komunikacyjnych zob. [Sułkowska (red.), 2009, s. 147–156; Ronka-Chmielowiec, Poprawska, 2008, s. 14–22].

[16] Oczywiście pojęcia „wysoka składka ubezpieczeniowa" oraz „niska wartość rynkowa pojazdu" są subiektywne i zależą od zamożności danego posiadacza pojazdu mechanicznego.

Wysokość odszkodowania ustalana jest na podstawie metodologii (często wzoru) przyjętej w ogólnych warunkach ubezpieczenia. W razie uszkodzenia pojazdu, zniszczenia lub utraty jego części – wysokość szkody ustala się na podstawie rachunków lub też wyceny ryczałtowej dokonanej przez zakład ubezpieczeń. Wysokość odszkodowania z tego tytułu nie może jednak przekraczać wartości pojazdu w dniu obliczenia odszkodowania. Odszkodowanie obejmuje koszty naprawy pojazdu w zakresie ustalonym w powypadkowej ocenie technicznej, chyba że rozszerzenie zakresu naprawy wynika z konieczności technologicznej bądź użycia zmodernizowanych części lub zespołów. Wycena kosztów naprawy i wymiany części dokonywana jest w dniu ustalania odszkodowania. W razie całkowitego zniszczenia pojazdu albo gdy nie odzyskano pojazdu utraconego wskutek kradzieży lub innych przyczyn, zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w kwocie równej wartości pojazdu w dniu ustalenia wysokości odszkodowania. Zakłady ubezpieczeń opracowują zwykle tzw. tabele frakcyjne, określające zasady obliczania amortyzacji wartości pojazdu w zależności od czasu używania.

Na koniec warto zwrócić uwagę na elementy konstrukcyjne ubezpieczeń AC (szerzej w podrozdz. 3.2.1), jakie mogą w znaczący sposób różnić się u różnych ubezpieczycieli, a wpływają w istotnym stopniu na zakres ochrony i w konsekwencji na wysokość odszkodowania, które może uzyskać ubezpieczony. Do najważniejszych należą:

- suma ubezpieczenia, sposób wyceny,
- franszyza (integralna, redukcyjna),
- pojęcie naprawy nieopłacalnej, szkoda całkowita[17],
- zakres terytorialny (np. ograniczenie odpowiedzialności za kradzież pojazdu do terenu Polski, krajów UE, wyłączenie takich krajów jak np. Ukraina, Rosja, Białoruś),
- definicja wyposażenia standardowego /dodatkowego,
- obowiązki związane z zabezpieczeniem (warto pamiętać o konieczności stosowania na co dzień wszystkich zamontowanych w pojeździe zabezpieczeń antykradzieżowych),
- dostępność likwidatorów szkód i warsztatów, co wpływa między innymi na szybkość likwidacji szkody.

[17] Szkoda częściowa zachodzi, gdy koszt przywrócenia pojazdu do stanu sprzed momentu powstania szkody nie przekracza sumy ubezpieczenia, a w sytuacji gdy wartość pojazdu jest niższa niż suma ubezpieczenia, nie przekracza wartości pojazdu. Jeżeli koszt naprawienia szkody przekracza wartość pojazdu w dniu ustalenia odszkodowania, mamy wówczas do czynienia ze szkodą całkowitą, mimo że pojazd z punktu widzenia technologii naprawy i oczekiwań właściciela kwalifikuje się do naprawy, która przywróci jego właściwości eksploatacyjne. Pojęcie „naprawa nieopłacalna" znajduje z reguły zastosowanie w przypadku pojazdów wieloletnich, w znacznym stopniu zużytych. Wówczas użycie do ich naprawy części nowych (wobec braku innych) w takim stopniu podwyższa koszty naprawy, że mogą one znacznie przekroczyć wartość rynkową pojazdu. W takiej sytuacji właściciel pojazdu może liczyć wyłącznie na uzyskanie odszkodowania do wysokości wartości rynkowej pojazdu.

Ubezpieczenie szyb

Obecnie przybliżone zostanie ubezpieczenie, które – wydawać by się mogło – powinno funkcjonować nie jako osobny produkt, ale być częścią ubezpieczenia AC. Od kilka lat jednak podstawowe ubezpieczenie AC nie obejmuje ubezpieczenia szyb w pojeździe i należy je kupić jako osobny produkt.

Ubezpieczenie szyb samochodowych pozwala uniknąć kosztów związanych z organizacją i naprawą zniszczonej szyby samochodowej. Objęte są nim zazwyczaj szyba przednia i tylna oraz szyby boczne. Nie obejmuje natomiast często okien dachowych, tzw. szyberdachów. Można je wykupić jako osobny produkt, ale także w pakiecie razem z ubezpieczeniem OC i AC.

Ubezpieczenie szyb w większości ofert będących obecnie na rynku obejmuje niestety tylko terytorium Polski, co oznacza, że naprawa bądź wymiana szyb może być dokonana tylko na terenie naszego kraju. Naprawa lub wymiana szyby przeprowadzana jest często w najbliższym specjalistycznym autoryzowanym warsztacie, w terminie uzgodnionym z posiadaczem pojazdu. Zdarzają się też tak szerokie warianty tego ubezpieczenia, że jeśli naprawa szyby nie jest możliwa w ciągu np. 24 godzin od zgłoszenia szkody, ubezpieczyciel pokrywa koszty parkingu strzeżonego przez np. 48 godzin. Proste naprawy przeprowadzane są również w miejscu zamieszkania posiadacza pojazdu.

Szkody z tych ubezpieczeń najczęściej nie skutkują utratą zniżek z polisy AC.

5.5.3. Ubezpieczenie *assistance*

Ubezpieczenie *assistance* gwarantuje pomoc kierowcy i pasażerom w razie wypadku, kradzieży lub unieruchomienia samochodu. W przypadku tego ubezpieczenia nie jest wypłacane odszkodowanie, lecz organizowana niezbędna pomoc na drodze. Ubezpieczenie *assistance* może zostać wykupione wraz z ubezpieczeniem OC i/lub autocasco. W zależności od potrzeb zakład ubezpieczeń organizuje dla swoich klientów (kierującego pojazdem oraz pasażerów) pomoc, choć o tym, jak szeroka jest to pomoc, decydują warunki ubezpieczenia – zależnie od tego, w jakim wariancie zostało zawarte. Warianty te oczywiście różnią się nie tylko zakresem, ale i wysokością składki.

Ubezpieczyciele oferują następujące formy pomocy w ramach ubezpieczenia *assistance*:

- **informacyjna** – pobliskie warsztaty naprawcze, pomoce drogowe, wynajem pojazdów,
- **serwisowa** – holowanie, naprawa w miejscu zdarzenia, dostarczenie paliwa, złomowanie,

- **podróżna** – związana z zorganizowaniem parkingu, noclegu, powrót osoby ubezpieczonej do miejsca zamieszkania,
- **medyczna** – w tym natychmiastowa pomoc medyczna, hospitalizacja, powrót do miejsca zamieszkania (również przewóz medyczny), zapewnienie opieki, transport zwłok.

Do najbardziej typowych świadczeń oferowanych w ramach tego ubezpieczenia należą:

- holowanie pojazdu,
- pomoc w przypadku zatrzaśnięcia lub zagubienia kluczyków,
- dostarczenie paliwa,
- odbiór pojazdu po naprawie,
- kierowca zastępczy,
- nocleg, jeżeli nie ma możliwości kontynuacji podróży,
- opieka nad bliskimi,
- pomoc psychologa w sytuacji uszczerbku na zdrowiu.

Oprócz tego klienci mogą korzystać z szeregu całodobowych infolinii, za pomocą których możliwe jest: ustalenie optymalnej trasy przejazdu, udzielenie informacji o utrudnieniach na drogach, remontach, zmianach organizacji ruchu czy informacji o najbliższych stacjach paliw, warsztatach mechanicznych, a także zarezerwowanie pojazdu zastępczego, rezerwacje noclegów w hotelach, stolików w restauracjach, biletów do kin i teatrów oraz rezerwacja sal konferencyjnych. W ramach *assistance* ubezpieczyciele oferują pomoc medyczną, dzięki której w przypadku doznania obrażeń ubezpieczeni mogą liczyć na pokrycie kosztów opieki medycznej, przejazd i hotel dla osoby bliskiej lub nawet transport zwłok.

W większości firm ubezpieczeniowych świadczenia *assistance* z założenia powinny być realizowane natychmiast po zgłoszeniu potrzeby udzielenia pomocy przez klienta. Tylko nieliczni ubezpieczyciele określają dokładny czas udzielenia tej pomocy, powyżej którego klient może zlecić czynności objęte świadczeniem innym podmiotom, a następnie zwrócić się do ubezpieczyciela o zwrot kosztów.

Należy jeszcze raz podkreślić, że ubezpieczenie *assistance* dostarcza usługi i pomocy technicznej lub medycznej, ale nie pokrywa kosztów, takich jak np. części zamiennych użytych do naprawy pojazdu czy dostarczonego paliwa. Ponadto wyłączona jest odpowiedzialność ubezpieczyciela, gdy pojazd brał udział w rajdach, wyścigach oraz jazdach konkursowych.

Ubezpieczenie to jest bardzo ważne szczególnie w podróżach za granicę, gdzie nie dysponuje się odpowiednią wiedzą i orientacją co do lokalizacji służb ratunkowych i technicznych, a także często nie włada się odpowiednio językiem obcym.

5.5.4. Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków

Kolejnym rodzajem dobrowolnego ubezpieczenia komunikacyjnego jest ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW), które obejmuje ochroną zarówno kierowcę, jak i pozostałych pasażerów, którzy znajdowali się w ubezpieczonym pojeździe. Przedmiotem ubezpieczenia NNW są trwałe następstwa wypadków drogowych powstałe w związku z ruchem pojazdu, polegające na uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia, powodujące trwały uszczerbek na zdrowiu lub śmierć ubezpieczonego.

Wysokość odszkodowania z tytułu ubezpieczenia NNW jest uzależniona od jego sumy oraz od stwierdzonego procentu uszczerbku na zdrowiu.

Sumę ubezpieczenia można ustalić w wysokości, która uważana jest za odpowiednią, lecz najczęściej to ubezpieczyciel określa minimalną i maksymalną jej wysokość. Wielkość procentowego uszczerbku na zdrowiu określa natomiast komisja lekarska, do której zostanie skierowany przez zakład ubezpieczeń kierowca i/lub pasażerowie (nie będzie to dowolnie wybrany lekarz). Przykładowo, jeśli utrata zdrowia zostanie oceniona na 30%, a wysokość sumy odszkodowania wynosi 10 tys. zł, wypłacone zostanie świadczenie w wysokości 3 tys. zł. W przypadku śmierci lub stwierdzonego 100-procentowego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczyciel wypłaci 100% sumy odszkodowania. W przypadku śmierci kwota ta zostanie wypłacona osobie wskazanej w polisie, a w przypadku braku takiej osoby uprawnione osoby określone są w ogólnych warunkach ubezpieczenia (najczęściej kolejno małżonek, dzieci, rodzice, rodzeństwo).

Należy jednak pamiętać, że tak jak w przypadku innych ubezpieczeń komunikacyjnych, istnieje grupa typowych wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Odszkodowanie z tytułu umowy ubezpieczenia NNW nie przysługuje prowadzącemu, jeśli podczas jazdy był pod wpływem alkoholu bądź innego środka odurzającego lub nie posiadał odpowiednich uprawnień. Nie zostanie ono także wypłacone pasażerowi, jeśli także był on pod wpływem alkoholu bądź innego środka odurzającego, co mogło mieć wpływ na zaistnienie wypadku. Jeśli wypadek miał miejsce w czasie popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa, w następstwie działań wojennych, w czasie udziału w strajkach, rozruchach, zamieszkach, akcjach terrorystycznych, sabotażu lub podczas jazd wyścigowych – odszkodowanie także nie zostanie wypłacone.

Warto jeszcze zwrócić uwagę na jedną rzecz. Odszkodowanie z tytułu NNW przysługuje bez względu na ilość oraz wielkość otrzymanych już odszkodowań z innych źródeł. Jest to ważne z tego względu, że polisę NNW możemy posiadać także przy okazji innych produktów (np. jako dodatek do ubezpieczenia mieszkania, do wydanej karty kredytowej czy też do funduszu inwestycyjnego). Ale ponieważ jest to ubezpieczenie osobowe, świadczenia z jego tytułu nie są limitowane wartością przedmiotu ubezpieczenia.

5.5.5. System Zielonej Karty

W związku z rozwojem transportu i powszechnością podróży zagranicznych rozwinęły się dodatkowe ubezpieczenia, które pełnią rolę ubezpieczeń OC, jednak mają zastosowanie poza granicami macierzystego kraju. W takim celu powstał i funkcjonuje system Zielonej Karty.

Zielona Karta jest Międzynarodowym Certyfikatem Ubezpieczeniowym, który stanowi dowód, że posiadacz pojazdu jest objęty obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, zgodnie z prawem ubezpieczeniowym, które obowiązuje w kraju, w którym posiadacz tego pojazdu przebywa.

Głównym celem systemu Zielonej Karty jest zapewnienie, aby poszkodowani w wypadkach komunikacyjnych mogli otrzymać należne im odszkodowanie z tytułu szkód spowodowanych przez kierowcę pojazdu zarejestrowanego za granicą oraz aby zmotoryzowani nie byli zmuszeni do nabywania ubezpieczenia OC komunikacyjnego na granicy każdego z odwiedzanych przez nich krajów. Kraje członkowskie systemu osiągają ten cel przez stworzenie w oparciu o uregulowania Rekomendacji Genewskiej ONZ (Recommendation No 5 on Insurance of Motorist Against Third Party Risks – 25.01.1949). System Zielonej Karty jest w zasadzie systemem europejskim. Obecnie należą do niego prawie wszystkie europejskie rynki ubezpieczeniowe oraz rynki ubezpieczeniowe Iranu, Izraela, Maroka i Tunezji.

Począwszy do dnia 1 maja 2004 r., na podstawie art. 25 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK, zakres terytorialny pokrycia obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych obejmuje zdarzenia powstałe na terytoriach państw, których biura narodowe są sygnatariuszami tzw. **Porozumienia Wielostronnego** (państwa członkowskie UE, państwa Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu – EFTA, państwa stowarzyszone). Od tego dnia wszystkie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych obejmują, z mocy prawa, zakresem ochrony ubezpieczeniowej terytoria następujących państw: Andora, Austria, Belgia, Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Islandia, Litwa, Łotwa, Malta, Niemcy, Norwegia, Polska, Portugalia, Rumunia, Szwajcaria, Szwecja, Słowacja, Słowenia, Wielka Brytania, Włochy, Węgry i Serbia. Do Porozumienia Wielostronnego należą 32 spośród 45 członków systemu Zielonej Karty, w tym Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Wyjeżdżający do tych krajów kierowcy nie muszą okazywać jakichkolwiek dodatkowych dokumentów. Istnieje bowiem domniemanie, że pojazd z rejestracją kraju członkowskiego Porozumienia Wielostronnego jest ubezpieczony w zakresie OC. Przekraczanie granicy jak i poruszanie się po terytorium wyżej wymienionych krajów odbywa się na podstawie faktu zarejestrowania samochodu i zaopatrzenia

go w krajowe tablice rejestracyjne i domniemania na ich podstawie istnienia ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Natomiast dokument Zielonej Karty należy nadal posiadać, wjeżdżając na terytoria następujących państw: Albania, Białoruś, Bośnia i Hercegowina, Czarnogóra, Iran, Izrael, Macedonia, Maroko, Mołdawia, Rosja, Tunezja, Turcja, Ukraina. Zieloną Kartę można wykupić zarówno na terenie Polski, jak i przekraczając przejścia graniczne. Minimalny okres, na jaki wystawiany jest certyfikat Zielonej Karty, to 15 dni. Obecnie najczęściej ubezpieczyciele dołączają ją bezpłatnie do ubezpieczenia OC komunikacyjnego.

Posiadacz pojazdu mechanicznego zarejestrowanego poza krajami EOG i Szwajcarii, wjeżdżając do jednego z tych krajów i nie posiadając ważnego certyfikatu Zielonej Karty, jest obowiązany zawrzeć umowę ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych – tzw. ubezpieczenie graniczne. Umowę takiego ubezpieczenia zawiera się na czas nie krótszy niż 30 dni.

Ciekawostka

Ubezpieczenie Pay As You Drive

Składki znanych nam dobrze ubezpieczeń, takich jak AC czy OC, uzależnione są głównie od takich czynników, jak: miejsce zamieszkania, wiek, rodzaj, model pojazdu oraz historia szkodowa. Nie zależą one natomiast od stylu jazdy kierowcy. W tradycyjnym systemie ubezpieczeń kierowcy płacą stałą stawkę ubezpieczenia niezależnie od liczby przejechanych kilometrów. Oznacza to, że jeżdżący więcej i bardziej ryzykownie ponoszą takie same koszty ubezpieczenia, jak ci, którzy jeżdżą sporadycznie. Powoduje to, że kierowcy z grupy mniejszego ryzyka subsydiują grupę wysokiego ryzyka, co jest niesprawiedliwe i zachęca do stosowania ryzykownych zachowań, np. jazdy bez ubezpieczenia. Tego typu rozwiązanie jest także niekorzystne dla bogatszych klientów, którzy posiadają kilka samochodów, ale przeważnie korzystają tylko z jednego, a składkę ubezpieczenia muszą opłacać za wszystkie.

Przez lata podejmowano próby rozwiązania tych problemów, lecz dopiero w latach dziewięćdziesiątych XX wieku amerykańscy ubezpieczyciele stworzyli innowacyjny produkt – ***Pay as you drive***, który daje szansę na kształtowanie wysokości składki ubezpieczenia przez sposób jazdy samochodem. Rozwiązanie to polega na tym, że wartość składki ubezpieczenia jest zmienna i zależy m.in. od takich czynników, jak: liczba przejechanych kilometrów, trasy przejazdów, czas i sposób prowadzenia pojazdu.

Osoby korzystające z modelu *pay as you drive* płacą za kilometry, które zamierzają przejechać w całym okresie obowiązywania ubezpieczenia, zazwyczaj jest to rok. Wpłacają z góry kwotę należną za dany okres. Całkowita składka jest natomiast kalkulowana na koniec okresu na podstawie zarejestrowanych kilometrów.

Ostatecznie kierowcy albo dopłacają za ponadwymiarowe kilometry, albo otrzymują zwrot za kilometry nieprzejechane.

Model ten wymaga więc weryfikacji przejechanych kilometrów. Istnieje kilka jej sposobów:

- raportowanie przejechanej liczby kilometrów przez kierowców z zastosowaniem losowego sprawdzania wiarygodności danych (jest to opcja najtańsza i, co za tym idzie, najbardziej narażona na nadużycia);
- okresowe audyty liczników w warsztatach samochodowych (niektórzy ubezpieczyciele umożliwiają taką kontrolę także na wybranych stacjach benzynowych);
- technologia GPS/GPRS, która umożliwia kształtowanie składki nie tylko na podstawie liczby przejechanych kilometrów, ale także na podstawie sposobu jazdy – polega ona na zainstalowaniu urządzenia GPS, które przesyła dane o lokalizacji pojazdu do ubezpieczyciela, co pozwala na monitorowanie miejsc, w których samochód jest prowadzony, pory dnia wykorzystania pojazdu, prędkości pojazdu w sposób ciągły, dzięki czemu można zbadać nawyki hamowania i przyspieszania kierowcy oraz przekraczania dozwolonej prędkości.

Potencjalni klienci to:

- osoby o niższych dochodach, które korzystają z samochodu rzadziej, przejeżdżają mniejszą liczbę kilometrów,
- osoby posiadające więcej niż jeden samochód, gdyż płacą wysokie składki za każdy z samochodów, mimo że często korzystają tylko z jednego,
- mieszkańcy dużych miast, którzy przemieszczają się komunikacją miejską, wobec czego swoich samochodów używają rzadziej,
- osoby, które od niedawna posiadają prawo jazdy, ponieważ nie zostaną ukarane za krótki okres posiadania tego uprawnienia,
- rodzice, którzy chcą wprowadzić dodatkowe zabezpieczenia w samochodach używanych przez ich dzieci.

Pytania kontrolne

1. Jakie ubezpieczenie musi posiadać obywatel Francji, a jakie obywatel Ukrainy wjeżdżający samochodem na teren Polski?
2. Nastąpiło zderzenie pojazdów A i B, z winy kierującego pojazdem B. Odnotowano następujące szkody: zniszczony reflektor w pojeździe A, uszkodzony zderzak i uszkodzona przednia szyba w pojeździe B, złamanie ręki pasażera pojazdu A, złamanie nogi kierującego pojazdem B, złamanie miednicy pasażera pojazdu B. Opisz, z jakich ubezpieczeń pokryte będą poszczególne szkody.
3. Sytuacja jak w poprzednim punkcie, jednak posiadacz pojazdu B nie miał wykupionego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.
4. Kowalski jechał na rowerze, został potrącony przez samochód osobowy. Kowalski nie pamięta zdarzenia, trzy tygodnie spędził nieprzytomny w szpitalu, kierowca pojazdu, który spowodował wypadek, zbiegł z miejsca zdarzenia. Kto i w jakim zakresie w tej sytuacji pokryje szkody?

5. Z jakiego ubezpieczenia będą pokryte koszty holowania pojazdu? Przedyskutuj wszystkie możliwe warianty powodów holowania pojazdu.
6. Co to jest system bonus–malus?
7. Wymień i scharakteryzuj funkcje systemów bonus–malus.
8. Wymień czynniki wpływające na wysokość składki w ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.
9. Wymień czynniki wpływające na wysokość składki w ubezpieczeniu AC.
10. Ile wynoszą obecnie w Polsce sumy gwarancyjne w ubezpieczeniu OC posiadaczy pojazdów mechanicznych?
11. Dnia 26 maja Kowalski kupił samochód od sąsiada. Umowa ubezpieczenia zawarta przez sąsiada kończy się 14 lipca. Czy Kowalski jest ubezpieczony? Do kiedy? Czy może zmienić ubezpieczyciela, jakie działania musi w tej sytuacji podjąć?
12. Dnia 26 maja Kowalski kupił samochód z salonu (nowy). Jakie działania musi w tej sytuacji podjąć?
13. Syn państwa Kowalskich pożyczył od rodziców samochód. Na jednym ze skrzyżowań zagapił się i wjechał w tył auta stojącego na światłach. Niestety, zarówno auto państwa Kowalskich, jak i drugie biorące udział w zdarzeniu zostały dosyć poważnie uszkodzone, ponadto syn państwa Kowalskich na skutek zdarzenia doznał złamania ręki, a kobieta kierująca autem, w które wjechał, ma ranę na twarzy wymagającą założenia kilku szwów (blizna w widocznym miejscu). Kowalscy mieli ubezpieczony samochód (OC, AC i NNW). Co powinni zrobić w tej sytuacji, kto zgłasza szkodę i do kogo, kto pokryje szkody w uszkodzonych samochodach? Jak zmieniłaby się sytuacja państwa Kowalskich, gdyby do wypadku doszło, gdy ich syn wracał od kolegów po okraszonym alkoholem świętowaniu zdanego egzaminu? Jak zmieniłaby się sytuacja, gdyby samochodem kierował pan Kowalski?
14. Kowalscy mają 2 samochody, oba są ich wspólną własnością. Kowalski wyjeżdżając z garażu jednym z samochodów (pojazd A), uszkodził drugi z nich (pojazd B). Czy w tej sytuacji szkody w pojazdach będą pokryte z OC posiadaczy pojazdów mechanicznych?
15. Kowalski zapomniał o wykupieniu ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Został zatrzymany do rutynowej kontroli przez policję. Jakie konsekwencje poniesie w tej sytuacji?

5.6. Ubezpieczenia finansowe

J. Lisowski

W podrozdziale tym omówione zostaną podstawowe rodzaje ubezpieczeń finansowych, takie jak ubezpieczenia kredytu, w tym ubezpieczenia kredytu kupieckiego i kredytu eksportowego. Scharakteryzowano również ubezpieczenie kredytu finansowego oraz przedstawiono i scharakteryzowano różne rodzaje gwarancji ubezpieczeniowych.

Pojęcie „ubezpieczenia finansowe" funkcjonuje w Polsce od początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku, natomiast w krajach Europy Zachodniej produkty te

funkcjonują od ponad stu lat pod nazwą *credit and surety insurance*. Zakres pojęcia „ubezpieczenia finansowe" nie jest jednoznaczny. W ujęciu wąskim ubezpieczenia te utożsamiane są z ubezpieczeniami kredytu (grupa 14) i gwarancjami ubezpieczeniowymi (grupa 15), natomiast w ujęciu szerokim z ubezpieczeniami kredytu (grupa 14), gwarancjami ubezpieczeniowymi (grupa 15) i ubezpieczeniami różnych rodzajów ryzyka finansowego (grupa 16). W związku z różnym rozumieniem pojęcia ubezpieczeń finansowych przez praktyków i teoretyków ubezpieczeniowych na potrzeby niniejszej książki zajęto się tylko ubezpieczeniami kredytu i gwarancjami ubezpieczeniowymi[18].

5.6.1. Ubezpieczenia kredytu

Ubezpieczenie kredytu sprowadza się do zapewnienia przez zakład ubezpieczeń pokrycia strat majątkowych, wywołanych u kredytodawców, z powodu nieotrzymania od kredytobiorców w sytuacjach określonych w umowie ubezpieczenia należności za udzielony kredyt.

Dzięki ubezpieczeniu kredytu jednostka gospodarcza może się uwolnić od finansowego problemu związanego z powstaniem strat losowych, a więc strat od niej niezależnych, a przy tym potencjalnie nieuniknionych. Uważa się, że ubezpieczenia kredytu stanowią efektywną możliwość rozwiązania problemu trudnych sytuacji finansowych. W tym sensie ubezpieczenia mogą – przez dostarczenie środków finansowych – przywrócić jednostce gospodarczej ekonomiczną (finansową) pozycję, jaką miała ona przed powstaniem szkody (ujęcie mikroekonomiczne), a także zabezpieczyć w miarę równomierny i stabilny sposób funkcjonowania gospodarki narodowej (ujęcie makroekonomiczne) [Handschke, 2000, s. 45–46]. Działalność w zakresie ubezpieczeń kredytu sprowadza się nie tylko do ochrony ubezpieczeniowej. Profesjonalny zakład ubezpieczeń w ramach tego ubezpieczenia oferuje swojemu klientowi szereg dodatkowych usług, m.in. indywidualną ocenę sytuacji finansowej potencjalnych dłużników oraz procedur kredytowych stosowanych przez dostawców i odzyskiwanie ubezpieczonych wierzytelności. Zarówno specyfika tych ubezpieczeń, jak i dodatkowe usługi świadczone przez ubezpieczycieli kredytu wpływają na spełnianie przez nich funkcji specjalnych. Możemy do nich zaliczyć funkcję stymulacyjną, usługową i przeciwzatorową (płynnościową). Funkcje te uwypuklają w sposób wyraźny ważne gospodarczo zadania i treści ubezpieczeń kredytu. Funkcja stymulacyjna przejawia się w możliwości wpływu na szybkość i kierunek zmian gospodarczych zarówno w skali makro-, jak i mikroekonomicz-

[18] Gwarancja ubezpieczeniowa nie jest umową ubezpieczenia, ale powszechnie występuje w obrocie gospodarczym jako produkt ubezpieczeniowy.

nej. Przykładem może być ubezpieczenie kontraktów eksportowych[19]. Ubezpieczenie to jako element systemu finansowania eksportu stało się na całym świecie głównym instrumentem polityki proeksportowej krajów.

Na wchodzącą w skład ubezpieczeń finansowych grupę ubezpieczeń kredytu składają się różne produkty, a do najbardziej znanych należą: **ubezpieczenie kredytu kupieckiego** (*credit insurance, trade credit insurance, commercial credit insurance*) i **ubezpieczenie kredytu finansowego hipotecznego** (*mortgage insurance*, *mortgage guarantee insurance*).

Ubezpieczenie kredytu kupieckiego

Ubezpieczenia kredytu kupieckiego są znanym i powszechnie stosowanym zabezpieczeniem w krajach Europy Zachodniej. Dlatego właśnie tam dotychczasowa praktyka wykształciła cały szereg zwyczajów, reguł i zasad, którymi powinien się kierować zakład ubezpieczeń przy przyjmowaniu ryzyka kredytowego do ubezpieczenia oraz z których powinien sobie zdawać sprawę ubezpieczający (lub potencjalny klient zakładu ubezpieczeń).

Do podstawowych zasad ubezpieczenia kredytu należą m.in.:

- Zasada **współpracy** – współpraca między zakładem ubezpieczeń a ubezpieczonym jest warunkiem fundamentalnym.
- Zasada **partycypowania ubezpieczonego w ryzyku** – ubezpieczony powinien zawsze ponosić część ryzyka. Odszkodowanie nigdy nie powinno równać się sumie faktury i w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego powinno być zredukowane o procent pozostawiony na ryzyku własnym ubezpieczającego. Udział własny powinien przekraczać wysokość przypuszczalnego zysku kredytodawcy, aby go zainteresować właściwym przebiegiem transakcji kredytowej. Wspólność ryzyka stwarza ścisły związek między zakładem ubezpieczeń i ubezpieczonym oraz zabezpiecza przed nierozważnym udzieleniem kredytu klientom niepewnym.
- Zasada **gwarantowania ostatecznego rezultatu** – zakład ubezpieczeń nie powinien gwarantować zapłaty w terminie płatności określonym w umowie, lecz tylko ostateczny rezultat transakcji kredytowej.
- Z wyżej wymienioną zasadą jest związana zasada **okresu karencji** między zaistnieniem wypadku ubezpieczeniowego a powstaniem roszczenia o odszkodowanie, co ma na celu upewnienie się zakładu ubezpieczeń, że należność jest definitywnie stracona.
- Zasada **dobrej informacji** – przed przyjęciem do ubezpieczenia zakład ubezpieczeń powinien zasięgnąć informacji o kredytobiorcach z dwóch niezależnych

[19] Powszechnie stosowane (i mylone) są dwie nazwy: ubezpieczenie kredytu eksportowego i ubezpieczenie kontraktu eksportowego. Pierwsze jest pojęciem węższym i pokrywa tylko ryzyko kredytowe, natomiast drugie ubezpieczenie jest szersze i pokrywa ryzyko kredytowe oraz ryzyko produkcji.

źródeł, które powinny pozwolić na określenie górnej granicy pokrycia ich zdolności kredytowej.

- Zasada **selekcji ryzyka** – zakład ubezpieczeń zastrzega sobie prawo selekcji zarówno ubezpieczonych, jak i ryzyka.
- Zasada **stałego monitoringu ryzyka** – zakład ubezpieczeń po przyjęciu kredytu do ubezpieczenia powinien prowadzić stałą kontrolę nad ryzykiem[20].

Ubezpieczeniem kredytu zajmują się na całym świecie wyspecjalizowane zakłady ubezpieczeń bądź samodzielne departamenty zakładów ubezpieczeń. Wydzielanie tej działalności wynika ze specyfiki ryzyka, z jakim zakład ubezpieczeń ma do czynienia, oraz świadczeniem dodatkowych usług (wywiad i informacja gospodarcza, zarządzanie należnościami, windykacja należności). Specyfika ubezpieczeń kredytu polega także na tym, że kalkulacja składki w mniejszym stopniu opiera się na prawie wielkich liczb (co się przejawia w tym, że zakłady ubezpieczeń rzadko stosują taryfę stawek), a bardziej na indywidualnej ocenie konkretnego ryzyka.

W światowej literaturze ubezpieczeniowej znaleźć można wiele podziałów ubezpieczeń kredytu kupieckiego. Ich klasyfikacji dokonuje się według różnorodnych kryteriów (tab. 5.5).

Tabela 5.5. Rodzaje ubezpieczeń kredytu

Kryterium	Klasyfikacja ubezpieczeń
1	2
Długość trwania kredytu	– Kredyt krótkoterminowy – Kredyt średnioterminowy – Kredyt długoterminowy
Forma (rodzaj) polisy	– W formie polisy obrotowej – W formie polisy indywidualnej
Forma kredytu	– Kredyt dostawcy – Kredyt nabywcy
Geograficzne pochodzenie kredytobiorcy	– Krajowe (*domestic, home*) – Zagraniczne (*export*) – Mieszane (łączne) (*comprehensive*)
Liczba ubezpieczanych (ryzyka)	– Pojedynczy odbiorcy (*specific account insurance, one risk or debtor policy*) – Najwięksi pojedynczy odbiorcy (*top 10, top 20),* – Część obrotu według określonego kryterium – Cały obrót (*whole turnover policy*)

[20] Szerzej na temat zasad ubezpieczenia kredytu piszą [Briggs, Edwards, 1988, s. 200; Kukiełka, 1994, s. 33–40; Secomski, 1935, s. 23–30].

1	2
Metoda naliczania składki	– Z dołu na podstawie obrotu kredytowego (*turnover basis)* – Z góry (stała) (*fixed basis)*
Moment wysłania towarów	– Ryzyko produkcji (przedkredytowe) – Ryzyko kredytu
Możliwość pomocy publicznej/OECD/KE/ Unia Berneńska	– Ryzyko rynkowe – Ryzyko nierynkowe
Podmiot ubezpieczający	– Dostawcy – Odbiorcy na rzecz dostawcy
Podmiot ubezpieczony (korzystający z ochrony)	– Dostawcy – Kredytodawcy (np. jednostka finansująca dostawcę)
Przyczyna powstania ryzyka	– Od ryzyka handlowego – Od ryzyka niehandlowego
Rodzaj odbiorcy (kontrahenta)	– Odbiorcy prywatni – Odbiorcy publiczni
Rodzaje limitów	– Na bazie limitów nazwanych – Na bazie limitów nienazwanych (automatycznych) – Na bazie limitów mieszanych
Rodzaje pokrycia	– Proporcjonalne (relacja udziału własnego do pokrycia ubezpieczyciela) – Nieproporcjonalne: ▸ nadwyżka szkodowości (*excess of loss insurance)* ▸ szkody katastroficzne (*catastrophe insurance*) ▸ dodatkowe pokrycie ponad limity ustanowione przez tego samego lub innego ubezpieczyciela (*top-up cover*)
Ubezpieczany produkt	– W pełni krajowy produkt (100%) – Przeważająco krajowy produkt (ponad 50%) – „Wsad" krajowy w obcym kontrakcie eksportowym
Wielkość dostawcy	– Małe i średnie przedsiębiorstwa (MSP) – Duże przedsiębiorstwa – Globalne przedsiębiorstwa

Źródło: opracowanie własne.

Ubezpieczenie krajowego kredytu kupieckiego

Przedmiotem ubezpieczenia kredytu kupieckiego (należności kupieckich lub handlowych) są przysługujące sprzedawcy (ubezpieczającemu) bezsporne należności z tytułu udzielonych kredytów kupieckich według wystawionych przez

niego faktur, niezapłacone w terminach i kwotach określonych w fakturach. Należności te:

- dotyczą wierzytelności głównej (ceny towaru/usługi, bez ewentualnych odsetek umownych za zwłokę),
- obejmują podatek od towarów i usług (VAT),
- powstały w ramach zwykłej działalności ubezpieczającego,
- powstały w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia,
- dotyczą dłużników objętych ubezpieczeniem.

Ubezpieczane mogą być z reguły kredyty krótkoterminowe do 180 dni, udzielane w Polsce. W polisie określa się zazwyczaj maksymalny okres udzielanego kredytu, który objęty jest umową ubezpieczenia. Ubezpieczane jest zazwyczaj ryzyko kredytowe (kredyty z dostaw faktycznie zrealizowanych), a nie ryzyko produkcji (ryzyko niewypłacalności odbiorcy występujące przed dostarczeniem towarów i usług).

Przedmiotem ubezpieczenia nie są obejmowane odsetki, kary umowne, opłaty manipulacyjne i inne należności dodatkowe, chyba że tak stanowią warunki umowy.

Zazwyczaj nieubezpieczalne są kredyty udzielane:

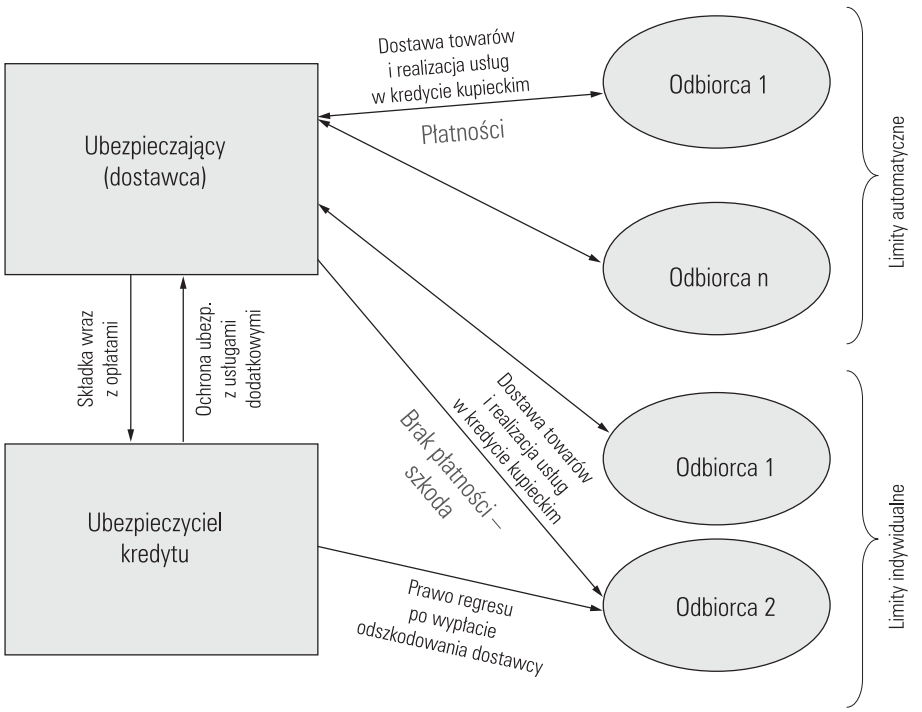
- podmiotom powiązanym ze sprzedawcą,
- podmiotom, których upadłości nie można ogłosić (czyli tzw. kontrahentom publicznym, np. szkołom, szpitalom, wojsku, policji).

Ubezpieczenie to może być zawarte w kilku wariantach. W wariancie pierwszym sprzedawca (ubezpieczający) ubezpiecza należności przysługujące mu od wszystkich kupujących. W wariancie drugim sprzedawca ubezpiecza należności przysługujące mu od części kupujących, natomiast w wariancie trzecim ubezpiecza należności przysługujące mu od jednego kupującego.

W wariancie pierwszym ubezpieczający nie ma możliwości wyboru konkretnych dłużników, których chciałby ubezpieczyć. Musi przedstawić wszystkich kontrahentów mieszczących się w portfelu przeznaczonym do ubezpieczenia. Ubezpieczeniem objęta jest więc całość portfela kredytowego dostawcy.

W wariancie drugim, najczęściej spotykanym na rynku, ubezpieczeniem objęta jest część portfela kredytowego dostawcy. Ubezpieczający-dostawca i zakład ubezpieczeń ustalają wspólnie, przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jaki zakres portfela kredytowego jest przeznaczony do ubezpieczenia. Zakres ten określany jest według pewnego kryterium, np. przedmiotu kredytu, regionu, z którego pochodzi odbiorca, czy formy organizacyjnoprawnej odbiorcy. Zakład ubezpieczeń na podstawie zebranych informacji dokonuje analizy standingu finansowego odbiorców i podejmuje decyzję o przyjęciu ich do ubezpieczenia lub odrzuceniu. Natomiast wariant trzeci stosowany jest przez zakłady ubezpieczeń niechętnie ze względu na antyselekcję ryzyka.

Stronami umowy ubezpieczenia kredytu kupieckiego są dostawca (ubezpieczający) i zakład ubezpieczeń (rys. 5.4).



Rysunek 5.4. Mechanizm ubezpieczenia kredytu kupieckiego

Źródło: opracowanie własne.

Umowa ubezpieczenia zawierana jest zazwyczaj na okres roczny (lub 2–3-letni z podokresami rocznymi).

Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń jest najczęściej wyłączona, gdy wypadek ubezpieczeniowy jest skutkiem:

- nacjonalizacji, konfiskaty, wywłaszczenia majątku dłużnika,
- zamieszek, wojny, rewolucji, wprowadzenia stanu wyjątkowego, wojennego, masowych strajków, aktów terroru,
- wprowadzenia przez sąd zakazu prowadzenia działalności przez dłużnika oraz wydania aktów prawnych lub decyzji organów administracyjnych oraz samorządowych,
- pożaru, eksplozji, powodzi, huraganu, uderzenia pioruna, upadku statku powietrznego, działania energii jądrowej, radioaktywności,
- niewypłacalności podmiotu pośredniczącego w zapłacie należności,
- niewykonania lub nienależytego wykonania umowy sprzedaży przez kredytodawcę,

- reklamacji towaru lub usługi z powołaniem się na przepisy o gwarancji i rękojmi,
- zwrotu towaru[21].

Dla każdego przyjętego do ubezpieczenia kontrahenta zakład ubezpieczeń wyznacza tzw. limit ubezpieczeniowy oraz czas jego obowiązywania. Limit ten jest górną granicą odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu ubezpieczenia należności od określonego dłużnika. Ubezpieczający przed określeniem limitu ubezpieczeniowego przez zakład ubezpieczeń zgłasza własną propozycję wysokości limitu kredytowego dla każdego zgłaszanego do ubezpieczenia kontrahenta. W czasie trwania umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń monitoruje stan finansowy dłużnika objętego ubezpieczeniem i w przypadku pojawienia się negatywnych sygnałów może zmniejszyć lub cofnąć limit ubezpieczeniowy, informując o tym ubezpieczającego. W praktyce ubezpieczeniowej stosuje się dwa rodzaje limitów.

- **Indywidualne limity** ubezpieczeniowe – nadawane na wniosek ubezpieczającego, który wnioskuje do ubezpieczyciela o nadanie limitu w określonej kwocie, a ubezpieczyciel po weryfikacji dłużnika, w zależności od oceny wiarygodności, przyznaje limit (równy lub niższy wnioskowanemu), bądź go nie przyznaje. Indywidualne limity nadawane są największym odbiorcom ubezpieczającego (z którymi obrót kredytowy jest wysoki) lub odbiorcom, którzy nie spełniają warunków uzyskania limitu automatycznego (tzw. odbiorcy nazwani).
- **Automatyczne (ryczałtowe) limity** ubezpieczeniowe – nadawane są na podstawie doświadczeń płatniczych z tzw. odbiorcami nienazwanymi (na przykład dokonanie w ciągu ostatnich miesięcy dostaw, za które odbiorca zapłacił w terminie) lub na podstawie innych kryteriów (na przykład na podstawie raportów handlowych z wywiadowni gospodarczych). Jeżeli odbiorca spełnia warunki automatycznego limitu, jego wysokość jest równa wartości określonej w umowie (najczęściej 20 000–50 000 zł). Czasem stosowane jest procentowe ograniczenie obrotu z kontrahentami nienazwanymi (mającymi nadany limit automatyczny). Zobacz: [Broda, 2006, s. 38].

W ubezpieczeniu kredytu kupieckiego występuje podział ryzyka między strony ubezpieczenia. W każdej umowie ubezpieczenia kredytu ubezpieczyciele stosują udział własny. Polega on na tym, że część ryzyka nie jest objęta ubezpieczeniem i obciąża kredytodawcę w celu skłonienia go do aktywnego zainteresowania tym, aby do szkody nie doszło (prewencja). Większość zakładów ubezpieczeń stosuje stałą procentową wysokość udziału własnego, a część uzależnia ją ogólnie od marży zysku osiąganej przez dostawcę. Ponadto udział własny nie może zostać ubezpieczony (na przykład w innym zakładzie). Wszystko to ma zainteresować ubezpieczającego prawidłowym przebiegiem transakcji kredytowych. Często stosuje się

[21] Katalog zdarzeń powodujących wyłączenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń może być szerszy, dlatego podano tylko podstawowe zdarzenia.

wyższy udział własny w odniesieniu do odbiorców nienazwanych. Obecnie wielkość udziału własnego kształtuje się na poziomie 10–30%.

Dodatkowym techniczno-ubezpieczeniowym ograniczeniem odpowiedzialności jest franszyza integralna, stanowiąca granicę (określoną procentowo lub kwotowo), poniżej której szkody nie są w ogóle pokrywane, a po przekroczeniu której odszkodowanie wypłacane jest w pełnej wysokości. Stosuje się ją dla zwolnienia ubezpieczyciela kredytu od zajmowania się szkodami drobnymi, o niewielkim znaczeniu gospodarczym, których likwidacja jest jednak dość pracochłonna i kosztowna.

Wypłata odszkodowania następuje po zajściu wypadku ubezpieczeniowego określonego w umowie ubezpieczenia i jego odpowiednim zgłoszeniu.

Wypadek ubezpieczeniowy następuje, gdy zajdzie jedno z poniższych zdarzeń:

- niewypłacalność potwierdzona, zwana także prawnie stwierdzoną,
- niewypłacalność domniemana, która następuje w sytuacji tzw. przewlekłej zwłoki dłużnika w zapłacie należności,
- niewypłacalność faktyczna.

Przewlekła zwłoka dłużnika w zapłacie należności określana jest jako upływ określonego okresu od terminu płatności zapisanego w fakturze. Stosowane na rynku polskim terminy przewlekłej zwłoki są różne i wahają się najczęściej od 60 do 180 dni.

Wysokość szkody zostaje obliczona jako kwota należnej płatności od dłużnika na dzień zajścia szkody, pomniejszona o płatności, korekty, potrącenia, roszczenia wzajemne, dochody z realizacji zabezpieczeń, dochody uzyskane z odzyskanych towarów itp. W umowie ubezpieczenia znajduje się zwykle zapis, że wszelkie płatności od dłużnika zalicza się na najwcześniej wymagalne należności, bez względu na ustalenia między ubezpieczającym a dłużnikiem. W celu wyliczenia odszkodowania od obliczonej wysokości szkody bądź obowiązującego w dniu wypadku ubezpieczeniowego limitu (przyjmuje się wartość niższą) należy odliczyć udział własny ubezpieczającego. Wszelkie płatności od dłużnika po wypłacie odszkodowania mogą być rozliczane proporcjonalnie do udziału własnego w szkodzie lub też w pierwszej kolejności na dobro ubezpieczającego.

W umowie ubezpieczenia występują jeszcze inne zapisy, które dotyczą m.in. maksymalnej wysokości (kwoty) odszkodowań, przelewu praw z umowy ubezpieczenia (cesja), waluty umowy (waluty, w której będą dokonywane rozliczenia polisy), prawa mającego zastosowanie do umowy i inne.

Wszystkie zakłady ubezpieczeń podkreślają, że oferowane przez nie ubezpieczenie odpowiada w pełni potrzebom ubezpieczającego (polisa „szyta na miarę"). Zawarcie umowy poprzedzone jest często długimi negocjacjami, w trakcie których ustalane są wszystkie zapisy umowy. Duży poziom skomplikowania i specyfika ryzyka pokrywanego w tym ubezpieczeniu powodują, że oferta ubezpieczeniowa jest ograniczona i zdecydowanie bardziej skromna niż w pozostałych ubezpieczeniach majątkowych.

Ważnym elementem umowy ubezpieczenia kredytu jest stawka i składka ubezpieczeniowa. Jest ona ustalana indywidualnie dla każdego ubezpieczającego. Może być naliczana od zrealizowanego obrotu kredytowego objętego ubezpieczeniem, co następuje najczęściej bądź od sumy ubezpieczeniowej, wartości limitu kredytowego albo salda należności. W przypadku gdy podstawą naliczenia składki jest obrót kredytowy, składka jest płacona cyklicznie co miesiąc, z dołu, do określonego w polisie dnia następnego miesiąca po zrealizowaniu obrotów. W przypadku naliczania składki od sumy ubezpieczenia jest ona płatna jednorazowo przy zawarciu umowy ubezpieczenia. Poziom stawek jest zróżnicowany i zależy m.in. od jakości ubezpieczonego portfela dłużników, zakresu ubezpieczenia, długości kredytu kupieckiego, wysokości zastosowanego udziału własnego, podstawy naliczania składki.

W przypadku ubezpieczenia kredytu kupieckiego na ubezpieczającym ciążą ściśle określone obowiązki, których przestrzeganie warunkuje odpowiedzialność ubezpieczyciela. Specyfika ubezpieczenia kredytu kupieckiego wymaga ciągłej współpracy zakładu ubezpieczeń z ubezpieczającym zarówno na etapie zawierania i trwania umowy, płatności składki, jak i likwidacji szkody. Obowiązki ciążące na ubezpieczającym można podzielić na trzy grupy.

- **Obowiązki związane ze zgłoszeniem kontrahentów do ubezpieczenia** – w związku z tym że zakład ubezpieczeń nie dopuszcza selekcji dłużników objętych ubezpieczeniem na podstawie innej niż uzgodnione kryterium obiektywne, ubezpieczający ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia wszystkich dłużników spełniających dane kryterium. Dla klientów nazwanych zgłoszenie sprowadza się do złożenia wniosku o nadanie limitu kredytowego. Natomiast co do klientów nienazwanych stosowane są dwa rozwiązania:
  - ubezpieczyciel wymaga, aby zgłosić mu wszystkich takich dłużników,
  - w przypadku braku takiego wymogu, jedynie w razie zajścia szkody ubezpieczyciel sprawdza, czy zostały spełnione warunki objęcia dłużnika ochroną.
- **Obowiązki związane ze składką** – polegają na terminowym raportowaniu wielkości stanowiących podstawę do wyliczenia składki (obroty, saldo należności, numery faktur), terminowej opłacie składki, ewentualnym dopłaceniu składki rozliczanej z dołu.
- **Obowiązki informacyjne** – w trakcie trwania ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany do informowania zakładu ubezpieczeń o różnych okolicznościach świadczących o wysokim prawdopodobieństwie zajścia szkody. Do takich okoliczności należą m.in.:
  - zgłoszenie wniosku o ogłoszenie upadłości dłużnika w celu likwidacji bądź z możliwością zawarcia układu,
  - otwarcie postępowania likwidacyjnego przedsiębiorstwa dłużnika,
  - zgłoszenie wniosku o wszczęcie postępowania ugodowego z wierzycielem dłużnika,

- pogorszenie sytuacji finansowej dłużnika i niewykonywanie przez niego zobowiązań,
- wstrzymanie dostaw, w tym także przez innych dostawców, do dłużnika z powodu jego sytuacji płatniczej,
- niemożność zrealizowania czeku lub weksla albo brak uznania przez bank noty obciążeniowej, które są skutkiem braku pokrycia na rachunku bankowym dłużnika,
- zaciągnięcie przez dłużnika nowych zobowiązań mogących w sposób znaczący niekorzystnie wpłynąć na jego sytuację finansową,
- przedłużający się brak płatności przekraczający maksymalny termin oczekiwania na zapłatę określony w umowie ubezpieczenia.

Ponadto dostawca (sprzedawca) jest zobowiązany do informowania o nieprzestrzeganiu zasad zarządzania ryzykiem, czyli:

- zgłaszania przekroczenia ustalonego limitu ubezpieczeniowego (sumy ubezpieczenia) przez należności od danego dłużnika,
- informowania zakładu ubezpieczeń o przekroczeniu maksymalnego okresu udzielanego kredytu.

- **Pozostałe obowiązki** – należą do nich m.in.:
  - obowiązek przeprowadzania transakcji z najwyższą starannością,
  - podejmowanie działań zmierzających do zapobieżenia lub minimalizacji szkody,
  - udostępnianie ubezpieczycielowi wszelkich dokumentów i wyjaśnień dotyczących zajścia szkody (zob. szerzej [Kukiełka, Poniewierka, 2003, s. 298–300).

Do głównych zakładów ubezpieczeń oferujących ubezpieczenia krajowego kredytu kupieckiego na polskim rynku należą najwięksi globalni gracze, tj. Euler Hermes, Atradius, Coface oraz krajowe KUKE i Ergo Hestia.

Ubezpieczenie kredytu (kontraktu) eksportowego

Głównym kryterium podziału ubezpieczeń kontraktów (kredytów) eksportowych jest pomoc publiczna i możliwość jej stosowania. Główna oś podziału dzieli te ubezpieczenia na komercyjne i ze wsparciem państwa. Jest ono szczególnie istotne w kredytach krótkoterminowych (do 2 lat), które stanowią większość międzynarodowych obrotów kredytowych. Zaangażowanie w ubezpieczanie takich kredytów, obok ubezpieczycieli prywatnych, także środków publicznych (Export Credit Agencies – ECA's) spowodowało szczególne zainteresowanie Komisji Europejskiej tą częścią rynku ze względu na wykorzystywanie pomocy publicznej i możliwość zniekształcania konkurencji między eksporterami i między zakładami ubezpieczeń. Powstała więc konieczność wyraźnego określenia dopuszczalnej ingerencji państwa w ten rodzaj ubezpieczeń. Dlatego w wyniku trwającej w Unii Europejskiej dyskusji stworzono dodatkowy podział na ryzyko rynkowe i nierynkowe. Ryzyko

rynkowe to takie, które nie może być objęte ubezpieczeniem kredytów eksportowych wspieranym przez państwo, a obejmowane pomocą państwa może być tylko ryzyko nierynkowe (dotyczące eksportu realizowanego w kredycie do 2 lat). Natomiast dla kredytów średnio- i długoterminowych (powyżej 2 lat) ze względu na fakt, iż są one niechętnie przyjmowane do ubezpieczenia czy reasekuracji przez prywatnych ubezpieczycieli, przewidziana jest szczególna pomoc państwa.

Komercyjne ubezpieczenie kredytów eksportowych

Komercyjne ubezpieczenie kredytów eksportowych prowadzone jest w Polsce przez tych samych ubezpieczycieli, którzy ubezpieczają kredyty krajowe. Ogólnie ubezpieczane są krótkoterminowe kredyty eksportowe od ryzyka handlowego. Możliwe jest jednak objęcie ochroną także skutków ryzyka politycznego. Zasady ubezpieczenia są zbliżone do zasad ubezpieczeń kredytów krajowych. Wszyscy ubezpieczyciele w ramach jednej umowy i ogólnych warunków ubezpieczenia ubezpieczają najczęściej pakietowo obrót krajowy i zagraniczny.

Ubezpieczenia eksportowe z gwarancjami Skarbu Państwa

Ubezpieczenie eksportowe stało się na całym świecie głównym elementem polityki promocji i wspierania eksportu, a najbardziej sprawdzoną i uznaną formą ograniczania ryzyka – narodowy system ubezpieczeń kontraktów eksportowych. Ubezpieczenia te prowadzone są przez agencje kredytów eksportowych (Export Credit Agencies – ECA's). Występują one najczęściej w trzech formach jako:

- agencja rządowa (np. EKF w Danii, EDC w Kanadzie, EKN w Szwecji, Ex-Im Bank w USA czy ECGD w Wielkiej Brytanii),
- spółka prawa prywatnego z większościowym udziałem państwa (np. EGAP w Czechach, CESCE w Hiszpanii czy KUKE w Polsce),
- spółka prawa prywatnego wspomagana (gwarantowana) przez państwo (np. Coface we Francji, Atradius w Holandii, COSEC w Portugalii czy konsorcjum Euler Hermes i PwC AG w Niemczech).

Ubezpieczeniami eksportowymi z gwarancjami Skarbu Państwa w Polsce zajmuje się, na zasadzie wyłączności, powołana z inicjatywy państwa Korporacja Ubezpieczeń Kredytów Eksportowych (KUKE). Prowadzi ona działalność na dwóch płaszczyznach – komercyjnej, ubezpieczając ryzyko handlowe (rynkowe) dla kontraktów realizowanych w kredycie krótkoterminowym (zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej), oraz ze wsparciem Skarbu Państwa – w zakresie ubezpieczeń krótkoterminowych (do 2 lat) od ryzyka nierynkowego i ubezpieczeń średnio- i długoterminowych od ryzyka handlowego i politycznego (zgodnie z ustawą z dnia 7 lipca 1994 r. o gwarantowanych przez Skarb Państwa ubezpieczeniach eksportowych). Wsparciem Skarbu Państwa objęte są ubezpieczenia kredytów eksportowych, ubezpieczenia kontraktów eksportowych, a także gwarancje ubezpieczeniowe i ubezpieczenie

inwestycji bezpośrednich za granicą oraz ubezpieczenie kosztów poszukiwania zagranicznych rynków zbytu.

Celem ubezpieczeń kredytów eksportowych jest ochrona jednostek finansujących na wypadek strat poniesionych w związku z finansowaniem kontraktów eksportowych, natomiast celem ubezpieczeń kontraktów eksportowych jest ochrona krajowych przedsiębiorców wraz z ich spółkami zależnymi na wypadek strat poniesionych w związku z realizacją kontraktu eksportowego przed wysyłką towarów bądź realizacją usług (ryzyko produkcji) oraz po wysyłce towarów bądź realizacji usług (ryzyko kredytu).

Ubezpieczenie kredytów eksportowych obejmuje szkody poniesione przez jednostkę finansującą w związku z finansowaniem kontraktu eksportowego, natomiast ubezpieczenie kontraktów eksportowych obejmuje szkody poniesione przez ubezpieczającego w wyniku niemożności wykonania kontraktu eksportowego bądź w wyniku niewykonania lub nienależytego wykonania kontraktu eksportowego przez kontrahenta zagranicznego, jeżeli szkody te są następstwem zdarzeń określonych jako ryzyko:

- handlowe (przy kontraktach zawartych na okres kredytu 2 lub więcej lat),
- polityczne (przy kontraktach zawartych na okres kredytu 2 lub więcej lat),
- nierynkowe (przy kontraktach zawartych na okres kredytu poniżej 2 lat),
- związane ze zmianami kursów walutowych.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczeń eksportowych najczęściej nie obejmuje utraconych korzyści ani innych szkód pośrednich poniesionych przez ubezpieczającego.

Z ubezpieczenia eksportowego mogą korzystać:

- przedsiębiorcy mający miejsce zamieszkania lub siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej dokonujący eksportu (oraz ich przedsiębiorcy zależni) krajowych produktów i usług, dokonujący inwestycji bezpośrednich za granicą lub poszukujący zagranicznych rynków zbytu;
- jednostki finansujące kontrakty eksportowe realizowane przez tych przedsiębiorców.

Warunkiem udzielenia ochrony ubezpieczeniowej jest tzw. krajowy charakter produktu (lub usługi), będącego przedmiotem kontraktu eksportowego[22].

Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. o gwarantowanych przez Skarb Państwa ubezpieczeniach eksportowych reguluje mechanizm działania ubezpieczenia eksportowego prowadzonego w imieniu własnym przez KUKE. Stronami umowy ubezpieczenia są KUKE i ubezpieczający. Skarb Państwa nie jest stroną umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający nie ma w związku z tym roszczenia do Skarbu Państwa z tytułu umowy

[22] Uznanie produktu lub usługi za krajowy zostało uregulowane w rozporządzeniu Ministra Gospodarki z dnia 19 grudnia 2014 r. w sprawie maksymalnego procentowego udziału składników pochodzenia zagranicznego w przychodzie netto z realizacji kontraktu eksportowego oraz rodzaju dowodów, na podstawie których ustala się pochodzenie produktu lub usługi (Dz.U. poz. 1978).

ubezpieczenia. Gwarancja Skarbu Państwa udzielona jest wyłącznie KUKE na wypadek niedoboru środków na prowadzonym w NBP wyodrębnionym rachunku bankowym przeznaczonym do rozliczeń finansowych. Gwarantowane przez Skarb Państwa ubezpieczenia kontraktów eksportowych KUKE prowadzi tylko do wysokości limitów zobowiązań, a także przewidywanych wypłat ze środków budżetu państwa z tytułu poręczeń kredytów wraz z odsetkami zaciągniętych przez KUKE i pożyczek udzielonych KUKE, ustalanych na dany rok w ustawie budżetowej.

Ubezpieczenie kredytu finansowego

Przedmiotem tego ubezpieczenia jest spłata przez kredytobiorcę kwoty kredytu wraz z odsetkami w wysokości, terminie i na zasadach określonych w umowie kredytowej. W przypadku ubezpieczenia pojedynczego umowa ubezpieczenia może być zawierana przez kredytobiorcę na rzecz banku albo przez bank, natomiast w przypadku ubezpieczenia zbiorowego umowa ubezpieczenia zawierana jest z bankiem i na jego rzecz. Ubezpieczenie zazwyczaj nie obejmuje odsetek karnych, do których zobowiązany jest kredytobiorca tytułem zwłoki w uiszczeniu należności.

W zależności od rodzaju kredytu udzielanego przez bank ubezpieczenie może dotyczyć m.in. kredytu konsumpcyjnego, kredytu hipotecznego, kredytu na prowadzenie działalności gospodarczej.

Zakład ubezpieczeń odpowiada za całkowitą lub częściową utratę zdolności do spłacania należności przez kredytobiorcę, będącego:

- osobą fizyczną, gdy nastąpi jego śmierć lub potwierdzona orzeczeniem odpowiedniej komisji lekarskiej trwała utrata zdrowia, uniemożliwiająca zarobkowanie,
- osobą fizyczną lub przedsiębiorcą, gdy nastąpi ogólna jego niewypłacalność.

Suma ubezpieczenia stanowi całkowitą sumę rat kredytu pozostałych do spłacenia wraz z odsetkami i jest górną granicą odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

Wysokość składki uzależniona jest od wysokości sumy ubezpieczenia, długości umowy kredytowej, stopnia zabezpieczenia spłaty kredytu oraz, w przypadku ubezpieczenia pojedynczego, od oceny sytuacji finansowej kredytobiorcy, a w przypadku ubezpieczenia zbiorowego (całego lub części obrotu) od oceny ubezpieczanego portfela kredytowego i oceny procedur kredytowych stosowanych w banku.

Ubezpieczający (ubezpieczony) zobowiązany jest do sprawdzenia wiarygodności oraz stanu finansowego kredytobiorcy przez zebranie i analizę dokumentów wymienionych w umowie ubezpieczenia. Ubezpieczający (ubezpieczony) jest także zobowiązany do zapewnienia odpowiedniego zabezpieczenia majątkowego zobowiązań kredytobiorcy (np. w przypadku ubezpieczeń hipotecznych umowa ubezpieczenia powinna być zabezpieczona hipoteką na nieruchomości).

Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń jest z reguły wyłączona w przypadku, gdy:

- w okresie ubezpieczenia bank zmienił warunki umowy kredytowej, bez uzgodnienia z zakładem ubezpieczeń;
- kredytobiorca – przedsiębiorca w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia:
  - był postawiony w stan upadłości, likwidacji lub toczyło się w stosunku do niego postępowanie układowe,
  - znajdował się w trakcie przekształceń własnościowych,
  - był dłużnikiem, a jego zobowiązania przekraczały możliwości zwrotu długu,
  - nie gwarantował swoimi zdolnościami płatniczymi spłaty należności;
- śmierć lub trwała utrata zdrowia kredytobiorcy – osoby fizycznej nastąpiła na skutek;
  - działań wojennych, udziału w strajkach, rozruchach, akcjach terrorystycznych,
  - działania energii jądrowej, radioaktywnej,
  - wyczynowego uprawiania sportu.
- kredytobiorca, jako przedsiębiorca, świadomym działaniem doprowadził do ogólnej jego niewypłacalności.

Obecnie ubezpieczenie kredytu bankowego dostępne jest na polskim rynku w ograniczonym zakresie. Z reguły warunkiem koniecznym do zawarcia umowy ubezpieczenia (w zakresie niewypłacalności) jest objęcie ochroną ubezpieczeniową całej sieci oddziałów banku i wszystkich kredytobiorców według określonego kryterium (np. kredytobiorcy korzystający z kredytów przeznaczonych na zakup określonych dóbr). Warunek ten jest niezbędny do odpowiedniego rozłożenia ryzyka zakładu ubezpieczeń.

Najbardziej powszechne na rynku światowym i polskim jest ubezpieczenie kredytu hipotecznego (*mortgage insurance*, *mortgage guarantee insurance*). Za najbardziej rozwinięte w tym zakresie uważa się rynki ubezpieczeniowe USA, Kanady, Australii i Wielkiej Brytanii. Ubezpieczenie kredytu hipotecznego wykorzystywane jest przede wszystkim w przypadku kredytów o znacznym współczynniku kwoty udzielonego kredytu do wartości nieruchomości (*loan to value ratio* – LTV) (najczęściej dla kredytów o LTV>70–80%), ponieważ wraz ze wzrostem tego współczynnika rośnie ryzyko niewypłacalności kredytobiorcy – zob. [Polverini, 2006]). Ubezpieczenie to może występować w wielu formach (tab. 5.6).

Tabela 5.6. Rodzaje ubezpieczeń kredytu hipotecznego

Kryterium	Klasyfikacja ubezpieczeń
Kwota ochrony	– Pokrywające całą wartość kredytu – Pokrywające część kredytu (najczęściej kwotę wymaganego wkładu własnego)
Pula kredytów objętych ochroną	– Ubezpieczenie dla wszystkich nowo udzielanych kredytów (*flow MI*) – Ubezpieczenie dla kredytów już istniejących (*bulk MI*) – Ubezpieczenie portfela kredytów do określonego poziomu straty (*pool MI*)
Zmienność ochrony w czasie	– MI zapewniające ochronę stałą (*flat coverage*) – MI zapewniające ochronę proporcjonalną do wartości zadłużenia – MI o ochronie malejącej
Strona ponosząca koszty ochrony	– MI opłacane przez kredytobiorcę – MI opłacane przez bank
Rodzaj instytucji ubezpieczającej	– Prywatna – Publiczna
Przymus ubezpieczenia	– MI przymusowe – MI dobrowolne

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Lepczyński, Litkiewicz, Penczar, 2008; Polverini, 2006; Joint Forum…, 2013].

Pozostałe rodzaje ubezpieczenia kredytu

Ubezpieczenie spłaty rat

Ubezpieczenie spłaty rat może dotyczyć należności wynikających ze sprzedaży ratalnej bądź spłaty rat (czynszów) leasingowych.

Ubezpieczenie należności wynikających ze sprzedaży ratalnej obejmuje należne sprzedawcy wymagalne raty ceny towaru (w przypadku kredytowania przez bank równe ratom kredytu, ustalonym w umowie kredytowej), których płacenia zaprzestał kupujący. Jako zaprzestanie płacenia rat ceny towaru najczęściej określa się niezapłacenie przez kupującego, w ustalonym w umowie terminie, co najmniej dwóch kolejnych rat lub zaległość w zapłacie przekraczającą łącznie wysokość co najmniej dwóch rat, lub niezapłacenie ostatniej raty.

Zakład ubezpieczeń najczęściej określa przyczynę zaprzestania spłaty rat, za którą ponosi odpowiedzialność. Może to być śmierć kupującego, niemożność ustalenia miejsca zamieszkania dłużnika czy też np. utrata zdolności płatniczych (niewypłacalność). Niektóre zakłady ubezpieczeń nie precyzują przyczyny zaprzestania spłaty rat i uznają swoją odpowiedzialność niezależnie od przyczyny, dla której kupujący zaprzestał ich spłaty.

Ubezpieczenie spłaty rat (czynszów) leasingowych jest podobne w konstrukcji do ubezpieczenia spłat ratalnych. Obejmuje przysługujące ubezpieczonemu (leasingodawcy lub bankowi) należności niespłacone przez leasingobiorcę w terminach i wysokościach określonych w zawartej umowie leasingowej. Przedmiotem ubezpieczenia najczęściej nie są objęte odsetki, kary umowne, opłaty manipulacyjne i inne należności dodatkowe.

Umowa ubezpieczenia może być zawarta w formie:

- umowy generalnej – obejmującej wszystkie umowy, jakie leasingodawca (ubezpieczający) zawarł z leasingobiorcami w okresie objętym umową ubezpieczenia,
- umowy jednostkowej – dotyczącej konkretnej umowy leasingu.

Umowa ubezpieczenia może obejmować: (1) całą należność leasingową, (2) nie więcej niż kilka pierwszych w kolejności płatności czynszów leasingowych, (3) kilka kolejnych czynszów leasingowych, których płacenia zaprzestano w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczenie należności faktoringowych

Ubezpieczenie faktoringu właściwego stanowi dla faktora (banku faktoringowego) zabezpieczenie przed niesolidnością ze strony odbiorców towarów i usług, a w przypadku faktoringu niewłaściwego zabezpiecza przed ryzykiem kredytowym faktoranta (dostawcę).

Przedmiotem ubezpieczenia są przysługujące ubezpieczonemu (faktorowi) należności faktoringowe (wierzytelności lub ich części wykupione przez faktora na podstawie umowy faktoringu) niezapłacone przez dłużnika w terminach i kwotach określonych w fakturach, zgodnie z warunkami kontraktu.

Ubezpieczeniem tym objęte są tylko te należności z tytułu udzielonego kredytu kupieckiego, których płatnikami są odbiorcy zaakceptowani przez zakład ubezpieczeń oraz faktora (bank faktoringowy). Ubezpieczeniem najczęściej nie są objęte odsetki, kary umowne, opłaty dodatkowe, koszty postępowania egzekucyjnego i inne należności.

Umowa ubezpieczenia należności faktoringowych może być zawarta między zakładem ubezpieczeń a faktorantem na rzecz faktora oraz między zakładem ubezpieczeń a faktorem (bankiem faktoringowym).

5.6.2. Gwarancje ubezpieczeniowe

Pojęcie, strony i klasyfikacja gwarancji ubezpieczeniowych

Międzynarodowy i krajowy obrót handlowy wymaga ujednoliconych środków zabezpieczenia kontraktów, które odrywałyby się od wewnętrznych regulacji prawnych, od różnych kultur tradycji jurydycznych państw – stron umowy. Jednocze-

śnie zabezpieczenie to powinno dawać stronom pewność, niezależnie od wszelkich zmian, także politycznych. Funkcję takiego zabezpieczenia – pewnego i niezależnego od stosunków wewnętrznych – pełni instytucja gwarancji (*bond, guarantee, suretyship*)[23]. Jest to gwarancja wydawana, na zlecenie podmiotu gospodarczego, przez bank, zakład ubezpieczeń lub wyspecjalizowaną instytucję (np. w USA *surety company*).

Gwarancja jako czynność prawna o określonej treści i skutkach nie została uregulowana w polskim kodeksie cywilnym jako osobny rodzaj umowy, jednakże jej dopuszczalność jest w świetle art. 353[1], 391 i 393 Kodeksu cywilnego powszechnie przyjęta [Rudnicki, 1993, s. 1]. Brak dokładnych uregulowań w polskim prawie ubezpieczeniowym w tym zakresie, poza określeniem w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracji, że wydawanie gwarancji ubezpieczeniowych jest jedną z czynności ubezpieczeniowych (art. 3), powoduje powszechne korzystanie przez zakłady ubezpieczeń z doświadczeń i praktyki międzynarodowego obrotu handlowego. W szczególności bierze się pod uwagę reguły Międzynarodowej Izby Handlowej w Paryżu (International Chamber of Commerce) oraz definicje Międzynarodowego Stowarzyszenia Ubezpieczenia Kredytu i Gwarancji (International Credit Insurance and Surety Association). Ponadto jej działanie częściowo regulują także uchwały Sądu Najwyższego, mające moc zasad prawnych (np. uchwała Sądu Najwyższego z dnia 16 kwietnia 1993 r., III CZP 16/93; uchwała Sądu Najwyższego z dnia 28 kwietnia 1995 r., III CZP 166/94).

W najczęściej wykorzystywanych, opracowanych przez Międzynarodową Izbę Handlową w Paryżu „Jednolitych regułach dotyczących gwarancji płatnych na żądanie"[24] przez gwarancję na żądanie rozumie się jakąkolwiek gwarancję, list gwarancyjny lub inne zobowiązanie płatności, wystawione przez bank, firmę ubezpieczeniową lub jakąkolwiek inną instytucję, sporządzone na piśmie i dotyczące zapłaty pieniędzy przy przedłożeniu, zgodnie z warunkami tego zobowiązania, pisemnego żądania zapłaty i innych dokumentów, o których mowa w gwarancji. Zobowiązanie takie może być podejmowane na prośbę lub polecenie i odpowiedzialność strony (zleceniodawca) lub/i na prośbę albo zlecenie i na odpowiedzialność banku, firmy ubezpieczeniowej lub jakiejkolwiek innej osoby czy instytucji (strona zlecająca) działającej na polecenie zleceniodawcy na rzecz drugiej strony (beneficjent). Gwarancje te ze swej natury są transakcjami niezależnymi od kontraktów, na których mogą się opierać, i gwaranci nie są w żaden sposób związani tymi kontraktami oprócz wymienienia w gwarancji odniesień dotyczących tych gwarancji.

[23] Użycie terminu *„bond"* lub *„guarantee"* wskazuje tylko na formę, w której pokrycie jest dawane.

[24] „ICC Uniform rules for demand guarantees", ICC, Paris 1992, Publ. No 458 zmienione w 2010 roku (MIH nr 758). Mniej popularne są „Jednolite reguły dotyczące gwarancji kontraktowych" („ICC Uniform rules for contract guarantees", ICC, Paris 1978, Publ. No 325), które wymagają prezentacji decyzji arbitrażowej lub innego niezależnego dowodu w formie pisemnej do uznania jakiegokolwiek roszczenia z gwarancji.

Z kolei światowa organizacja reprezentująca zakłady ubezpieczeń wydające m.in. kontraktowe gwarancje ubezpieczeniowe – Międzynarodowe Stowarzyszenie Ubezpieczenia Kredytu i Gwarancji, przez gwarancję finansową rozumie każde zobowiązanie, gwarancję, zabezpieczenie lub ubezpieczenie, obejmujące zobowiązanie finansowe w odniesieniu do jakiegokolwiek rodzaju pożyczki udzielonej przez różnych kredytodawców, wystawione na rzecz jakichkolwiek osób lub podmiotów prawnych, a dotyczące spłaty, zwrotu środków finansowych, transakcji lub jakiegokolwiek kontraktu.

Sens ekonomiczny **gwarancji ubezpieczeniowej** sprowadza się do tego, że w zamian za pobranie niskiej składki ubezpieczeniowej, zakład ubezpieczeń (gwarant) przyjmuje – w miejsce dłużnika (zobowiązanego) – rolę gwaranta terminowej i kwotowej zapłaty określonych zobowiązań na rzecz beneficjenta gwarancji.

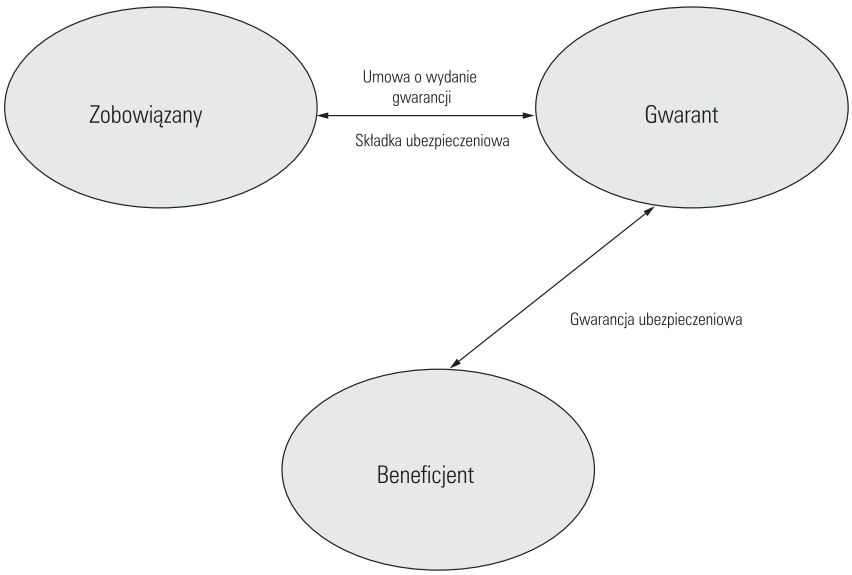
Umowa gwarancji polega więc na tym, że gwarant swoim jednostronnym oświadczeniem woli przyjmuje wobec beneficjenta gwarancji obowiązek spełnienia świadczenia za dłużnika (zobowiązanego), który świadczenia tego w terminie nie spełnił. Zobowiązanie gwaranta bywa najczęściej zaostrzone klauzulą, że spełni on określone w gwarancji świadczenie „nieodwołalnie i bezwarunkowo" oraz „na pierwsze żądanie". Wyraża się w tym sens i wartość takiego zobowiązania, które wyłącza możliwość i uprawnienie gwaranta do podnoszenia zarzutów dotyczących zarówno samego stosunku podstawowego między wierzycielem (beneficjentem) a jego dłużnikiem, jak i samego oświadczenia beneficjenta, że jego dłużnik nie spełnił świadczenia w terminie w całości lub w części [Rudnicki, 1993, s. 1].

W procesie gwarantowania dłużnik (zobowiązany) po podpisaniu (bądź bezpośrednio przed podpisaniem) kontraktu z beneficjentem podpisuje z zakładem ubezpieczeń umowę o wydanie gwarancji ubezpieczeniowej, na podstawie której zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do wystawienia gwarancji ubezpieczeniowej na rzecz beneficjenta [Crist Jr, 1950, s. 22–45].

Tak więc mamy tu do czynienia z trzema umowami:

- umowa podstawowa między dłużnikiem (zobowiązanym) a beneficjentem, z tytułu której mają być zabezpieczone zobowiązania – tzw. stosunek podstawowy,
- umowa o wydanie gwarancji ubezpieczeniowej, zawierana między dłużnikiem (zobowiązanym) a gwarantem (zakładem ubezpieczeń) – umowa zlecenia,
- umowa gwarancji między gwarantem a beneficjentem, z tym że nie jest to jednostronna czynność prawna, gdyż gwarancja musi być przyjęta przez beneficjenta.

Standardowo w gwarancji występują trzy podmioty: dłużnik (zobowiązany), beneficjent oraz gwarant (rys. 5.5).



Rysunek 5.5. Mechanizm funkcjonowania gwarancji ubezpieczeniowej

Źródło: opracowanie własne.

Dłużnik (zwany zobowiązanym lub zleceniodawcą gwarancji – ang. *principal*) jest zobligowany na podstawie umowy do przedstawienia drugiej stronie kontraktu zabezpieczenia z tytułu swojego zobowiązania (np. firma budowlana, która startuje w przetargu, musi wpłacić wadium, a żeby nie zamrażać gotówki, może przedstawić zabezpieczenie w postaci gwarancji ubezpieczeniowej).

Beneficjent (zwany z ang. *beneficiary*) jest osobą (drugą stroną kontraktu) przyjmującą gwarancję jako zabezpieczenie i jest uprawniony do otrzymania zapłaty z tego tytułu. Pragnie być zabezpieczony przed ryzykiem, że zleceniodawca nie spełni w stosunku do niego swoich zobowiązań dotyczących transakcji, na którą dawana jest gwarancja. Gwarancja zapewnia beneficjentowi szybki dostęp do określonej sumy pieniędzy, jeśli zobowiązania owe nie zostaną spełnione.

Gwarant to inaczej wystawca gwarancji (z ang. *guarantor*, *surety*), czyli w tym przypadku zakład ubezpieczeń, który wystawiając gwarancję, zaciąga zobowiązanie wobec beneficjenta gwarancji. W praktyce występuje coraz częściej tzw. strona zlecająca, która jest podmiotem (bank, firma ubezpieczeniowa lub jakakolwiek inna osoba czy instytucja) działającym z polecenia zobowiązanego. Może ona przekazać gwarantowi instrukcje otrzymane w imieniu i z upoważnienia zobowiązanego i kontrgwarantować takie instrukcje.

Międzynarodowe Stowarzyszenie Ubezpieczenia Kredytu i Gwarancji wymienia następujące główne typy gwarancji ubezpieczeniowych:

- **Gwarancje kontraktowe** (*contract bonds*), które zabezpieczają wykonanie kontraktu. Do najbardziej znanych należą: gwarancja zapłaty wadium (*bid bonds*), gwarancja dobrego wykonania kontraktu (*performance bond*), gwarancja zwrotu zaliczki (*advance payment bond*) i gwarancja usunięcia wad i usterek (*maintenance bonds*).
- **Gwarancje zabezpieczające zapłatę cła i podatków na rzecz organów celnych i podatkowych** (*customs, tax and similar bonds*).
- **Gwarancje od sprzeniewierzenia** (*fidelity bonds*).
- **Gwarancje wymagane przy rozpoczynaniu bądź prowadzeniu działalności gospodarczej**, w której wydanie przez uprawnione władze koncesji, zezwolenia, pozwolenia czy licencji uzależnia się od przedstawienia odpowiedniego zabezpieczenia majątkowego (*license, concession or permit bonds*).
- **Gwarancje płacenia czynszów dzierżawnych** (*lease bonds*), gwarancje wykonania umowy dostawy (*supply bonds*) i inne określane mianem ***financial bonds***[25].

Zasady, treść i procedura wydawania gwarancji ubezpieczeniowych

W praktyce wykształciło się kilka **podstawowych zasad** (reguł) stosowanych przy wydawaniu gwarancji ubezpieczeniowych. Należą do nich:

- Zasada zawierania wszystkich istotnych warunków odpowiedzialności gwaranta wobec beneficjenta gwarancji w umowie (tekście) gwarancji, a nie w umowie o wydanie gwarancji. Zasada ta jest związana z praktyką i orzecznictwem krajowym i zagranicznym w tym zakresie; ma ona także oparcie w wyrokach wydawanych w krajach Europy Zachodniej (zob. [Pyziak-Szafnicka, 1994, s. 22]).
- Gwarancja potwierdza i wzmacnia wiarygodność zobowiązanego, a osoba gwaranta jest miarą tej wiarygodności.
- Gwarant zabezpiecza swoje potencjalne roszczenie wobec zobowiązanego w umowie o wydanie gwarancji. W tym przypadku powodem jest, tak jak w przypadku umowy ubezpieczenia, brak automatycznego (z mocy prawa)przejścia wierzytelności beneficjenta wobec zobowiązanego na gwaranta (zob. [*Credit and Bonding*…, 1986, pkt 1.5]).
- Gwarancja pokrywa zazwyczaj 100% zobowiązania.
- Gwarancja najczęściej jest zobowiązaniem autonomicznym (nazywanym także samoistnym lub niezależnym); sprowadza się to do całkowitego oderwania obowiązku wypłaty sumy gwarancyjnej od zobowiązania podstawowego[26].
- Surowość odpowiedzialności gwaranta i jej wyjątkowy charakter wymagają dużej ostrożności przy formułowaniu tekstu gwarancji (zobowiązania).

[25] Szerzej na temat rodzajów gwarancji piszą m.in. Crist Jr. [1950, s. 8–21]; Jaroński [1996, s. 124–150]; Vaughan [1996, s. 607–612].

[26] Budzi to jednak wiele zastrzeżeń.

- Składka ubezpieczeniowa (lub raczej prowizja za wydanie gwarancji) nie jest oparta na statystyce szkodowej, jest zaś wynagrodzeniem za danie przez gwaranta zobowiązanemu kredytu zaufania.

W praktyce stosowania gwarancji wykształciło się szereg tzw. klauzul gwarancyjnych stosowanych w tekstach gwarancyjnych, które mają zasadniczy wpływ na rodzaj i charakter zobowiązania gwaranta oraz możliwości dochodzenia tych zobowiązań przez beneficjenta gwarancji. Warunki gwarancji są uzależnione od potrzeby beneficjenta i zobowiązanego. Do podstawowych klauzul należą:

- klauzula identyfikacyjna – uprawniająca gwaranta do żądania wykazania przez beneficjenta swojej tożsamości,
- klauzula zapłaty na pierwsze żądanie – umieszczana na gwarancjach bezwarunkowych[27],
- klauzula nakazująca zwrot gwarancji po upływie terminu jej obowiązywania lub gdy wygaśnie ona z innych powodów,
- klauzula ważności gwarancji tylko w stosunku do pierwotnej umowy podstawowej – zabezpiecza ona gwaranta, w przypadku gdy zobowiązany i beneficjent zmienią treść umowy podstawowej,
- klauzula nakazująca poparcie żądania beneficjenta dokumentami wskazanymi w treści gwarancji (inaczej, gwarancja warunkowa lub dokumentowa),
- klauzula odwołalności gwarancji – polega na możliwości odwołania gwarancji przed upływem jej wygaśnięcia, w przeciwnym razie gwarancja jest nazywana nieodwołalną,
- klauzula odnawialności gwarancji – polega na odnowieniu sumy gwarancyjnej każdorazowo o spłaconą przez zobowiązanego kwotę, w przeciwnym razie gwarancja jest nazywana nieodnawialną,
- klauzula określająca przyczyny wygaśnięcia gwarancji,
- klauzula wskazująca prawo, jakiemu gwarancja podlega – stosuje się przy gwarancjach w obrocie międzynarodowym,
- klauzula uprawniająca gwaranta do zastrzeżenia, wskazanego w treści gwarancji, okresu przed dokonaniem zapłaty i powiadomienia zobowiązanego o wystąpieniu beneficjenta z roszczeniem,
- klauzula redukująca, polegająca na obniżeniu, o określoną w gwarancji wartość, wysokości sumy gwarancyjnej (odpowiedzialności gwaranta) w przypadku jakiegokolwiek częściowego wykonania umowy (zob. [Heropolitańska, 1996, s. 147–149]).

Najpopularniejsze na rynku gwarancje płatne na żądanie ze swej natury są transakcjami niezależnymi od kontraktów, na których mogą się opierać, i gwaran-

[27] Klauzula ta oznacza, iż płatność z takiej gwarancji nie jest uzależniona od złożenia przez beneficjenta jakichkolwiek dokumentów. W treści gwarancji nie określa się zatem warunków, od spełnienia których gwarant uzależnia dokonanie wypłaty. Z reguły gwaranci zamieszczają jednak następującą klauzulę: „*my zakład ubezpieczeń X, zapłacimy Wam nieodwołalnie i bezwarunkowo na pierwsze pisemne wezwanie do zapłaty…*".

ci nie są w żaden sposób związani tymi kontraktami, oprócz wymienienia w gwarancji odniesień dotyczących tych gwarancji. Obowiązkiem gwaranta w ramach gwarancji jest zapłacenie sumy gwarancyjnej po przedstawieniu przez beneficjenta pisemnego żądania zapłaty i innych dokumentów wymienionych w gwarancji, które zewnętrznie powinny być zgodne z warunkami gwarancji (gwarancja dokumentowa).

Do podstawowych elementów treści dokumentu gwarancji należy:

- preambuła,
- określenie zobowiązania dłużnika zabezpieczanego gwarancją,
- określenie zobowiązania gwaranta,
- suma gwarancyjna,
- okres obowiązywania gwarancji,
- tryb i wymogi formalne realizacji gwarancji,
- tryb i sposób wykonania świadczenia przez gwaranta na rzecz beneficjenta,
- pozostałe klauzule.

Procedura wydawania gwarancji ubezpieczeniowej składa się z następujących etapów:

- złożenie wniosku o wydanie gwarancji zawierającego dane na temat rodzaju gwarancji, sposobu udzielania ochrony, sumy gwarancyjnej, okresu obowiązywania gwarancji oraz załączenia określonych dokumentów,
- ocena ryzyka na podstawie dostarczonych dokumentów i informacji wewnętrznych zakładu ubezpieczeń,
- podjęcie decyzji co do przyjęcia bądź odrzucenia danego ryzyka (i pod jakimi warunkami),
- określenie składki za wydanie gwarancji ubezpieczeniowej i warunków umowy,
- podpisanie umowy, opłacenia składki i wydanie odpowiedniej gwarancji.

Wysokość składki za wydanie gwarancji zależy przede wszystkim od rodzaju gwarancji, treści gwarancji, sytuacji finansowej zobowiązanego, okresu trwania gwarancji, formy jej zabezpieczenia oraz wysokości i waluty sumy gwarancyjnej.

Charakterystyka ważniejszych gwarancji ubezpieczeniowych funkcjonujących na polskim rynku ubezpieczeniowym

Ubezpieczeniowe gwarancje kontraktowe

Na całym świecie uznaje się za rzecz oczywistą, że zamówienia dokonywane są w drodze przetargów. Przetargi są postacią rynku dla robót budowlano-montażowych, a także dla wielu innych transakcji, takich jak dostawy materiałów masowych, zakupy hurtowe, np. sprzętu dla wojska.

Należycie przygotowany i przeprowadzony przetarg powinien zapewnić:

- otrzymanie ofert od właściwych oferentów (procedura prekwalifikacyjna),
- otrzymanie ofert porównywalnych,

- wybranie oferty optymalnej,
- zawarcie umowy przez zatwierdzenie oferty bez żadnych dalszych negocjacji.

W stosunku do oferentów stosowane są zabezpieczenia finansowe, które najczęściej dotyczą:

- gwarancji podpisania umowy w przypadku wygrania przetargu,
- gwarancji dobrego wykonania robót,
- spłacenia zaliczki (gwarancje zwrotu zaliczki),
- usunięcia ewentualnych wad i usterek (gwarancje dobrego działania).

Na etapie składania ofert oferenci powinni przedstawić tylko zabezpieczenie przetargowe. Gwarancje wykonania kontraktu i zwrotu zaliczki będą wymagane jedynie od oferenta wygrywającego przetarg. Natomiast gwarancje usunięcia wad i usterek są wymagane przy końcowym odbiorze kontraktu[28].

Gwarancje kontraktowe są najpopularniejszym rodzajem gwarancji wydawanych przez zakłady ubezpieczeń w Polsce.

Gwarancja zapłaty wadium (przetargowa)

Warunkiem koniecznym rozpatrzenia oferty w wielu organizowanych przetargach jest złożenie przez uczestnika przetargu wadium. Zamiast wpłaty gotówki na wadium oferent może złożyć ubezpieczeniową gwarancję zapłaty wadium.

Przedmiotem tej gwarancji jest wadium, do złożenia którego zobowiązany jest uczestnik przetargu przed przystąpieniem do niego. W ramach tej umowy ochroną ubezpieczeniową objęte są straty organizującego przetarg spowodowane niespełnieniem w terminie przez zobowiązanego, który wygrał przetarg, warunków przetargu co do zapłaty ceny lub niepodpisania umowy na warunkach określonych w ofercie lub na warunkach wylicytowanych (np. brak złożenia w odpowiednim terminie gwarancji dobrego wykonania kontraktu), do wysokości sumy gwarancyjnej określonej w gwarancji. Wysokość sumy gwarancyjnej wynosi zwykle od 1% do 3% wartości kontraktu w ramach przetargów organizowanych według ustawy Prawo zamówień publicznych (PZP) oraz do 10% wartości kontraktu w ramach przetargów prywatnych i jest równa kwocie wymaganego wadium.

Gwarancja dobrego wykonania kontraktu (gwarancja należytego wykonania umowy)

W obecnych czasach, kiedy funkcjonuje na rynku dużo zróżnicowanych pod względem wiarygodności wykonawców, coraz częściej inwestor podjęcie decyzji co do wyboru wykonawcy kontraktu uzależnia od przedstawienia gwarancji dobrego wykonania kontraktu. Gwarancja taka zapewnia inwestorowi (beneficjentowi) wypłatę w przypadku niewywiązania się wykonawcy (zobowiązanego) z kontraktu. Przez wywiązanie się z kontraktu należy rozumieć jego terminowe wykonanie

[28] Na podstawie materiałów FIDIC (Międzynarodowej Federacji Inżynierów Konsultantów).

lub inne zapisy umowne. Termin gwarancji jest zwykle zgodny z terminem wykonania kontraktu. Suma gwarancyjna wynosi zazwyczaj od 2% do 10% wartości (brutto lub netto) kontraktu.

Gwarancja zwrotu zaliczki

Inwestor, który wpłacając zaliczkę, finansuje wykonanie bądź rozpoczęcie wykonania kontraktu, zazwyczaj wymaga od wykonawcy zabezpieczenia w postaci gwarancji. Przedmiotem tej gwarancji jest spłata przez zaliczkobiorcę kwoty zaliczki przekazanej mu przez zaliczkodawcę na poczet wykonania kontraktu. W ramach umowy zakład ubezpieczeń gwarantuje beneficjentowi, że zaliczkobiorca wykorzysta wypłaconą mu zaliczkę zgodnie z treścią zawartego kontraktu i zabezpiecza zwrot zaliczki w sytuacji braku wykonania kontraktu lub braku zwrotu zaliczki (np. w razie bankructwa). Suma gwarancyjna powinna być równa sumie wpłaconej zaliczki.

Gwarancja należytego usunięcia wad i usterek (dobrego działania)

Odbiór końcowy przedmiotu kontraktu przez inwestora może być uzależniony od złożenia gwarancji usunięcia wad i usterek. Gwarancja ta zabezpiecza go przed stratami, które mógłby ponieść także, gdyby wprawdzie kontrakt wykonano w terminie i zakresie przewidzianym w umowie, ale jego jakość byłaby niska, niezgodna z wcześniejszymi ustaleniami lub wada ujawniła się po odbiorze końcowym, a dostawca odmawiał lub nie był w stanie usunąć usterek w okresie rękojmi. Gwarancje takie wydawane są najczęściej na okres kilku lat od przyjęcia usługi lub towaru. Suma gwarancyjna wynosi zazwyczaj 20–30% zabezpieczenia dobrego wykonania kontraktu.

Gwarancje zabezpieczające zapłatę cła i podatków

Przedmiotem gwarancji są ustalone przez urząd celny należności celne i podatkowe (cło, podatki VAT i akcyzowy oraz inne opłaty przewidziane prawem celnym), jakie w związku z dopuszczeniem do wwozu na polski obszar celny (lub wywozu z polskiego obszaru celnego) określonych towarów ciążą na podmiocie gospodarczym dokonującym importu (eksportu).

Podmiot taki nie musi zatem zamrażać na określony czas środków pieniężnych w pełnej wysokości ustalonej należności celnej i podatkowej (w formie kaucji gotówkowej). Procedury celne towarzyszące importowi, które mogą być objęte tą gwarancją ubezpieczeniową, to m.in.: złożenie towarów w składzie celnym, uszlachetnianie czynne, odprawa czasowa, dopuszczenie do obrotu, przetwarzanie pod kontrolą celną, uszlachetnianie bierne, tranzyt. Do innych gwarancji tego typu należą gwarancje karnetów TIR i ATA.

Gwarancje wymagane przez władze przy wydawaniu odpowiednich zezwoleń, pozwoleń, koncesji i licencji

Gwarancje koncesyjne to gwarancje, których konieczność zastosowania wynika z konkretnego aktu prawnego, dotyczącego danej działalności. Podstawą stosunku gwarancyjnego między beneficjentem i zobowiązanym jest prawo administracyjne. Ten typ gwarancji możemy podzielić na trzy grupy [Kukiełka, Poniewierka, 2003, s. 163, s. 165–171]:

- zabezpieczające zobowiązania względem organu koncesyjnego,
- zabezpieczające zobowiązania wobec kontrahentów przedsiębiorstwa, które uzyskało koncesję,
- zabezpieczające zobowiązania zarówno wobec organu koncesyjnego, jak i kontrahentów przedsiębiorstwa.

Wszelkie wymogi dotyczące gwarancji koncesyjnych, takie jak: czas trwania, wysokość sumy gwarancyjnej czy osoby uprawnione do realizacji gwarancji, określa akt prawny, z którego wynika konieczność złożenia gwarancji koncesyjnej. Z aktu tego wynika często również bezwarunkowa, surowa treść dokumentu gwarancyjnego, co jest cechą charakterystyczną tego rodzaju gwarancji. W Polsce istnieje jedynie kilka sytuacji, w których przepisy prawa wymagają przedłożenia zabezpieczenia (np. w formie gwarancji) na rzecz organu koncesyjnego. Należą do nich zabezpieczenia w ramach m.in.:

- ustawy o grach hazardowych,
- ustawy – Prawo energetyczne,
- ustawy o usługach turystycznych,
- ustawy – Prawo łowieckie,
- ustawy o zapobieganiu szkodom w środowisku i ich naprawie.

Pozostałe gwarancje

Do innych spotykanych na polskim rynku gwarancji ubezpieczeniowych należą m.in. gwarancja spłaty wierzytelności handlowych, gwarancje płacenia czynszów leasingowych, gwarancje wykonania umowy, gwarancje otwarcia akredytywy, nazywane potocznie ***financial bonds***.

5.6.3. Ubezpieczenie kredytu a gwarancja ubezpieczeniowa

Należy podkreślić, że gwarancja ubezpieczeniowa ma inny charakter niż ubezpieczenie kredytu. Podstawowe różnice między ubezpieczeniem kredytu a gwarancją ubezpieczeniową sprowadzają się do następujących elementów:

- zobowiązanie zakładu ubezpieczeń w przypadku ubezpieczenia kredytu jest zawsze warunkowe, a w przypadku gwarancji ubezpieczeniowej może być warun-

kowe lub bezwarunkowe (jej treść powinna zawierać wszystkie istotne warunki odpowiedzialności gwaranta wobec beneficjenta);

- w umowie ubezpieczenia kredytu występuje jeden stosunek prawny (umowa ubezpieczenia kredytu) i dwie strony (ubezpieczający i zakład ubezpieczeń), a w gwarancji ubezpieczeniowej dwa stosunki prawne (umowa o wydanie gwarancji i gwarancja ubezpieczeniowa) i trzy strony (zobowiązany, gwarant i beneficjent gwarancji);
- w ubezpieczeniu kredytu umowę podpisuje kredytodawca, a w gwarancji ubezpieczeniowej dłużnik (zobowiązany, kredytobiorca);
- w ubezpieczeniu kredytu stosuje się udział własny ubezpieczonego w szkodzie, a w gwarancji ubezpieczeniowej pokrywane jest całe zobowiązanie;
- w przypadku ubezpieczenia kredytu prawo do odszkodowania zależy od spełnienia przez kredytodawcę obowiązków określonych w umowie ubezpieczenia, a w gwarancji najczęściej mamy do czynienia z abstrakcyjnością, a więc jej ważność nie zależy od braku uchybień zobowiązanego wobec gwaranta czy beneficjenta gwarancji wobec zobowiązanego;
- w ubezpieczeniu kredytu, po wypłacie odszkodowania, z mocy prawa przechodzi na zakład ubezpieczeń roszczenie ubezpieczającego wobec osoby trzeciej, a w gwarancji ubezpieczeniowej tylko w wypadku zapisu umownego;
- w przypadku ubezpieczenia kredytu mamy zawsze do czynienia z odszkodowawczym charakterem odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, natomiast w przypadku gwarancji najczęściej brak jest takiego charakteru (zakład ubezpieczeń nie wyrównuje beneficjentowi szkody, tylko płaci zobowiązanie wyrażające się w sumie gwarancyjnej określonej w dokumencie gwarancyjnym).

Różnicę między ubezpieczeniem kredytu a gwarancją ubezpieczeniową bardzo jasno przedstawił wybitny znawca i prekursor tych ubezpieczeń P. Spain w następujących słowach: „Ubezpieczenie nie jest gwarancją (*guarantee*), ale zapewnieniem odszkodowania (*indemnity*) na techniczno-ubezpieczeniowej podstawie".

5.6.4. Podsumowanie

Ubezpieczenia kredytu i gwarancje ubezpieczeniowe mogą być skutecznym instrumentem ochrony interesu ekonomicznego przedsiębiorców, gdyż:

- Skutecznie minimalizują ryzyko finansowe związane z działalnością gospodarczą przez zapobieganie utracie należności od kontrahentów, a co za tym idzie, zachwianiu równowagi finansowej podmiotu. Należności stanowią jeden z głównych składników majątku przedsiębiorstwa, a w szczególności majątku obrotowego. Wielkość należności wpływa na płynność finansową podmiotu gospodarczego. W związku z tym, że główną przyczyną upadłości przedsiębiorstw jest właśnie utrata płynności finansowej, nie zaś ponoszenie przez nie strat, skutkiem wprowa-

dzenia do podmiotu gospodarczego ubezpieczeń kredytu może być nie tylko zapobieżenie zachwianiu równowagi finansowej podmiotu, ale w skrajnym przypadku także zapobieżenie jego upadłości.

- Dostarczają informacji o standingu finansowym kontrahentów, która jest niezbędnym czynnikiem umożliwiającym podjęcie właściwej decyzji o współpracy z nowymi partnerami lub rozszerzeniu współpracy z dotychczasowymi.
- Zwiększają wiarygodność podmiotu posiadającego ochronę w tym zakresie na rynku, a w szczególności wobec banku kredytującego.
- Poprawiają płynność finansową podmiotu.

Najważniejsze korzyści wynikające ze stosowania ubezpieczeń kredytu i gwarancji ubezpieczeniowych to: (1) wzrost obrotu przez m.in. wprowadzenie konkurencyjnych warunków płatności, możliwość zdobywania nowych rynków, podejmowania szybkich decyzji oraz uzyskania korzystnego kredytu bankowego, (2) obniżenie kosztów działalności przez m.in. obniżenie kosztów operacyjnych wynikających z ograniczenia aktualizacji należności objętych tym ubezpieczeniem, korzystniejsze warunki kredytu bankowego, niższe koszty windykacji należności, (3) zwiększenie zysku m.in. przez zwiększanie obrotów, zmniejszanie kosztów, (4) minimalizacja odpowiedzialności osób podejmujących kluczowe decyzje finansowe przez ułatwione planowanie finansowe, utrzymanie płynności i zyskowności podmiotu, (5) kompleksowa, profesjonalna obsługa prawna przy dochodzeniu należności.

Ubezpieczenia kredytu i gwarancje ubezpieczeniowe są pomocne przy:

- efektywnym zarządzaniu ryzykiem w podmiotach gospodarczych,
- ustalaniu optymalnych warunków płatności w transakcjach krajowych i zagranicznych,
- budowaniu bezpiecznego portfela kontrahentów.

Słowa kluczowe

- Agencje kredytów eksportowych (Export Credit Agencies – ECA's)
- Beneficjent
- Gwarancja kontraktowa
- Gwarancja ubezpieczeniowa
- Gwarant
- Klauzule gwarancyjne
- Kredyt kupiecki (handlowy)
- Limit automatyczny (ryczałtowy)
- Limit indywidualny
- Limit ubezpieczeniowy
- LTV
- MI
- Należności przeterminowane
- Niewypłacalność prawna

- Przewlekła zwłoka
- Ryzyko handlowe
- Ryzyko nierynkowe
- Ryzyko polityczne
- Ryzyko produkcji
- Ryzyko rynkowe
- Ubezpieczenie kontraktu eksportowego
- Ubezpieczenie kredytu
- Ubezpieczenie kredytu krajowego
- Ubezpieczenie z gwarancjami Skarbu Państwa
- Zobowiązany

Pytania kontrolne

1. Jaka jest różnica między ryzykiem rynkowym a ryzykiem nierynkowym?
2. Kto jest stroną w umowie ubezpieczenia kredytu kupieckiego?
3. Wymień i opisz podstawowe zasady funkcjonowania ubezpieczenia kredytu kupieckiego.
4. Na czym polega zasada gwarantowania ostatecznego rezultatu?
5. Co oznacza „przewlekła zwłoka" dłużnika w zapłacie należności?
6. Rozwiń skrót ECA's i opisz, czym się zajmują te instytucje.
7. Jaka jest różnica w technice prowadzenia ubezpieczeń kredytu i ubezpieczeń klasycznych?
8. Jakie znasz rodzaje gwarancji ubezpieczeniowych?
9. Jaka jest różnica między ubezpieczeniem kredytu a gwarancją ubezpieczeniową?

5.7. Ubezpieczenia rolne

M. Janowicz-Lomott, K. Łyskawa

Po przeczytaniu tego podrozdziału Czytelnik powinien:

- zrozumieć specyfikę ryzyka w gospodarstwach rolnych,
- poznać rolę ubezpieczeń w zarządzaniu ryzykiem w rolnictwie,
- poznać rodzaje i zakres ubezpieczeń obowiązkowych i dobrowolnych w rolnictwie,
- określić narzędzia, które można stosować w krajach Unii Europejskiej w zakresie zarządzania ryzykiem w gospodarstwach rolnych.

5.7.1. Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem rolnym

Rolnictwo jest niezwykle silnie powiązane z warunkami naturalnymi i otoczeniem, w którym odbywa się działalność rolnicza. Zatem obok wspólnych dla większości typów działalności gospodarczej rodzajów ryzyka, gospodarstwa rolne są nara-

żone na ryzyko wynikające ze specyfiki samej działalności rolniczej w znacznym stopniu związanej z warunkami środowiska naturalnego, nad którymi człowiek nie ma kontroli.

Na rynku istnieje kilka branż, które podobnie jak rolnictwo muszą wkalkulować w prowadzoną działalność wpływ pogody (np. branża spożywcza, ciepłownicza, część usług), ale nie mają one jednak tak dużego znaczenia dla funkcjonowania całej gospodarki. W rolnictwie pracuje bowiem ponad 16% ogółu zatrudnionych, ok. 60% powierzchni Polski stanowią użytki rolne[29], a rolnictwo wytwarza ponad 3% PKB. Zmienność warunków pogodowych i ich konsekwencje wnoszą w życie rolników ciągłą niepewność co do założonej wielkości oraz struktury osiąganych dochodów w przyszłości.

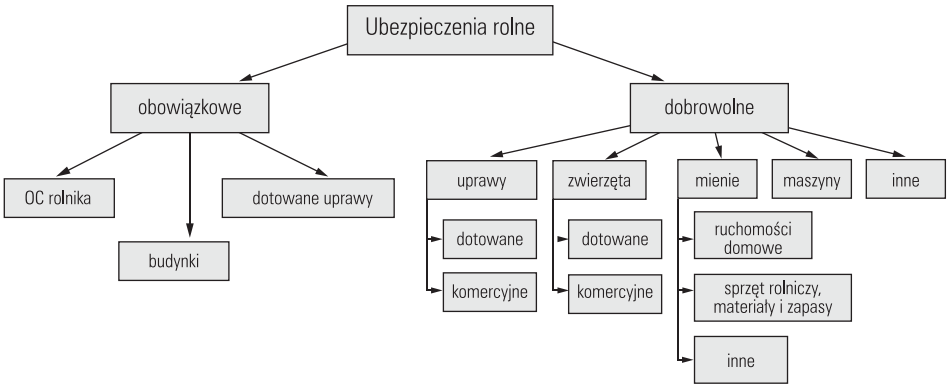
Produkcja rolna narażona jest zatem na powszechne niebezpieczeństwa, takie jak: pożary, huragany, powodzie, gradobicia, kradzieże, wypadki czy choroby pracujących w rolnictwie osób, ale także na takie niebezpieczeństwa natury ekonomicznej, jak: spadek cen, brak popytu, ograniczony dostęp do źródeł finansowania działalności itp. Na część z tych zagrożeń pojedynczy rolnik ma wpływ, w przypadku innych musi się zdać na działania innych podmiotów (w tym państwa).

Zrozumienie pochodzenia i specyfiki oraz skutków poszczególnych rodzajów ryzyka powinno prowadzić do stworzenia strategii zarządzania ryzykiem. W wypadku produkcji rolnej celem zarządzania ryzykiem powinna się stać poprawa lub utrzymanie dochodu gospodarstwa rolnego oraz jego stabilność finansowa i organizacyjna.

W przypadku zarządzania ryzykiem działalności rolniczej niezwykle istotne są prawidłowe działania prewencyjne (np. odpowiednie umiejscowienie obiektów czy upraw, prawidłowa agrotechnika, melioracja, dywersyfikacja produkcji) [Stroiński, 2006, s. 85]. Nie są to jednak działania wystarczające. Ważne jest także odpowiednie zapewnienie środków w celu ewentualnego sfinansowania skutków realizacji ryzyka. Sposobów finansowania skutków realizacji zagrożeń w rolnictwie jest kilka. Należą do nich różnego rodzaju ubezpieczenia, jak również środki o charakterze doraźnym pochodzące najczęściej z budżetu państwa.

Ubezpieczeń rolnych jest wiele, co więcej, ich katalog nie jest zamknięty, gdyż mogą pojawiać się nowe. Do tego rolnicy, obok ubezpieczeń dedykowanych wyłącznie im, korzystają często z tych, które są przeznaczone dla ogółu (np. NNW czy ubezpieczenia ochrony prawnej).

[29] Według definicji Głównego Urzędu Statystycznego do powierzchni użytków rolnych zalicza się powierzchnie: gruntów ornych, ogrodów przydomowych, upraw trwałych, w tym sadów, łąk i pastwisk oraz innych użytków.



Rysunek 5.6. Ubezpieczenia rolne w Polsce

Źródło: opracowanie własne.

Pomimo pewnych mankamentów, które dotyczą usług ubezpieczeniowych (nieubezpieczalność niektórych rodzajów ryzyka, możliwość odmowy ochrony ubezpieczeniowej), jest to jeden z najskuteczniejszych sposobów finansowania skutków zdarzeń losowych występujących w rolnictwie. Korzyści ze stosowania ubezpieczeń przez rolników to [*Income Risk*…, 2000, s. 108]:

- ustabilizowanie dochodów – wypłacone odszkodowanie, szczególnie w odniesieniu do szkód w uprawach, pozwala na pozostanie w cyklu produkcyjnym bez konieczności poszukiwania dodatkowych źródeł finansowania (kredyt klęskowy),
- podniesienie wiarygodności producenta rolnego w sytuacji ubiegania się o kredyt, poprawia wypłacalność lub stanowi dodatkowe zabezpieczenie,
- możliwość zaangażowania w nowe specjalności produkcyjne, bez konsekwencji samodzielnego ponoszenia skutków realizacji ryzyka,
- pewność realizacji odszkodowań w ramach zawartych umów (bez konieczności wywierania wpływu na rząd przy *ad hoc* realizowanej pomocy w obliczu określonego zjawiska).

5.7.2. Historia ubezpieczeń dla rolnictwa w Polsce

Początek ubezpieczeniom rolnym w Polsce dała zorganizowana sąsiedzka walka z żywiołami sił przyrody, a przede wszystkim pożarem i powodzią. W dniu 21 kwietnia 1803 r. na ziemiach polskich powstało pierwsze Towarzystwo Ogniowe dla Miast w Prusach Południowych, powołane przez króla pruskiego Fryderyka Wilhelma III. Rok później zostało powołane Towarzystwo Ogniowe dla Wsi w Prusach Południowych. Obowiązkowość ubezpieczenia budynków od ognia została usta-

nowiona tylko dla miast. Na wsi ubezpieczenia te były dobrowolne, a ich charakter opierał się na wzajemności. Przynależność do towarzystwa właścicieli ziemskich była nieobowiązkowa, z zastrzeżeniem, że każdy z nich mógł swoich poddanych zobowiązać do ubezpieczenia. Każdy ubezpieczony był zobowiązany przeznaczyć odszkodowanie na odbudowę zniszczonych pożarem zabudowań. Powstałe w roku 1807 na terenie Księstwa Warszawskiego Towarzystwo Ogniowe poza ubezpieczeniami budynków wprowadziło w roku 1834 dobrowolne ubezpieczenia ruchomości od ognia, w tym ubezpieczenia maszyn rolniczych, ziemiopłodów i inwentarza żywego [Banasiński, 1996, s. 45].

Z czasem budynki wiejskie objęte zostaną obowiązkiem ubezpieczenia (od 1843 r. – Dyrekcja Ubezpieczeń) [Łazowski, 1948, s. 51]. Oferta ubezpieczeń dobrowolnych dla rolników pojawia się w powstających na ziemiach polskich prywatnych zakładach ubezpieczeń.

Dalszą drogę ubezpieczeń rolnych w Polsce wytyczyła ustawa z 23 czerwca 1921 r. o przymusie ubezpieczenia od ognia. Dzięki niej oraz rozporządzeniu Prezydenta RP z 1927 r.[30] stworzone zostały podstawy prawne rozwoju powszechnych, przymusowych ubezpieczeń w rolnictwie. W latach 1947–1952 nastąpił rozwój ubezpieczeń rolnych na niespotykaną skalę. Obowiązkowe ubezpieczenie budynków od ognia zostało rozszerzone na ubezpieczenie mienia ruchomego (inwentarza żywego i martwego, ruchomości domowych i zapasów). Wprowadzono w tym okresie obowiązek ubezpieczenia upraw od gradobicia i ruchomości rolnych, na podstawie uchwały rad narodowych, zgodnie przepisami rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z 1927 r. obowiązkiem ubezpieczenia upraw zostały objęte następujące zboża: żyto, jęczmień, pszenica, owies. Pozostałe uprawy można było ubezpieczyć na zasadach dobrowolnych. Jednakże obowiązek ubezpieczenia upraw, tak jak i mienia w gospodarstwach rolnych, był ustanawiany na podstawie uchwały rady wojewódzkiej (uprawy) i powiatowej (mienie). Dopiero w latach 1956–1958 ukazały się ważne dla ubezpieczeń przepisy wykonawcze. Zgodnie z nimi ubezpieczeniu obowiązkowemu podlegały budynki gospodarcze, mienie ruchome oraz uprawy w gospodarstwach rolnych od 0,5 ha, natomiast uprawy były objęte ubezpieczeniem od ryzyka gradu i powodzi.

Kolejne zmiany w ubezpieczeniach rolnych zostały wprowadzone rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 1 lutego 1972 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia ziemiopłodów od gradobicia i powodzi. Ubezpieczenie obowiązkowe zaczęło również obejmować swym zakresem rośliny pastewne uprawiane na paszę jako plon główny, śródplon lub poplon, ziarno, siano lub zieloną masę. Do zakresu ubezpieczenia dołączono ubezpieczenie łąk i pastwisk od skutków powodzi. Kolej-

[30] Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 23 grudnia 1927 r. o przymusie ubezpieczenia od ognia i o Powszechnym Zakładzie Ubezpieczeń Wzajemnych (Dz.U. Nr 46, poz. 410). Ubezpieczenia te dotyczyły mienia ruchomego od ognia, zwierząt gospodarczych od padnięcia i ziemiopłodów od gradobicia. Jednak przymus był wprowadzany w drodze uchwały poszczególnych sejmików powiatowych lub wojewódzkich (w odniesieniu do ziemiopłodów). Zob. [Dmochowski, 1978, s. 28]

ne lata to szczegółowe zmiany dotyczące podlegania obowiązkowi ubezpieczenia lub zmiany definicji zdarzeń[31].

Ubezpieczenie OC rolników w postaci obowiązkowej zostało wprowadzone w Polsce z początkiem 1976 r.

Pierwszym z przełomów na zmonopolizowanym polskim rynku ubezpieczeniowym była ustawa z dnia 20 września 1984 r. o ubezpieczeniach majątkowych i osobowych. Wydano do niej szereg rozporządzeń, które spowodowały, że ochroną ubezpieczeniową zostały objęte wszystkie gospodarstwa rolne, także i państwowe[32], ujednolicone zasady dotyczyły ochrony upraw, mienia i budynków rolnych. Niemniej jednak zakres ubezpieczeń obowiązkowych dla rolników pozostawiła ta ustawa bez zmian.

Kluczowa dla urynkowienia polskich ubezpieczeń ustawa z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej wprowadziła bardzo ważne zmiany w ubezpieczeniach rolnych. Zawęziła zakres ubezpieczeń obowiązkowych skierowanych wyłącznie do rolników jedynie do **ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego** i **ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych**. Poza obowiązkowymi ubezpieczeniami pozostało mienie ruchome, uprawy oraz zwierzęta gospodarskie. W związku z tym ubezpieczenia, które do tej pory były obowiązkowe (ustawowe), przekształciły się w ubezpieczenia dobrowolne.

5.7.3. Ubezpieczenia obowiązkowe dla rolników

Do roku 1990 funkcjonowało w Polsce dziewięć ubezpieczeń obowiązkowych, które dotyczyły producentów rolnych, a większość z nich realizowana była z mocy prawa, co oznaczało automatyczne objęcie ochroną, po spełnieniu określonych warunków, i zobowiązanie do opłacenia składki. Dla wielu rolników ubezpieczenie stało się synonimem dodatkowego obciążenia na rzecz państwa, gdyż składki były ściągane przymusowo. Mimo to w roku 1990 zdecydowano się na ustanowienie obowiązkowości jedynie w zakresie OC rolników i budynków w gospodarstwach rolnych.

Ustawa z dnia 7 lipca 2005 r. o ubezpieczeniach upraw rolnych i zwierząt gospodarskich (a właściwie jej zmiana w 2007 r.) wprowadziła obowiązek (lub bardziej precyzyjnie: przymus) w zakresie **ubezpieczenia upraw**. Każdy producent rolny

[31] Rozporządzenia Rady Ministrów z 1 lutego 1972 r. w sprawie: obowiązkowego ubezpieczenia budynków (Dz.U. Nr 5, poz. 23), obowiązkowego ubezpieczenia mienia ruchomego w gospodarstwach rolnych (Dz.U. Nr 5, poz. 24), obowiązkowego ubezpieczenia ziemiopłodów od gradobicia i powodzi (Dz.U. Nr 5, poz. 25), obowiązkowego ubezpieczenia zwierząt gospodarskich (Dz.U. Nr 5, poz. 26; Dz.U. z 1974 r. Nr 9, poz. 54).

[32] Od tego czasu wszystkie sektory gospodarki rolnej były jednakowo traktowane pod względem obowiązku ubezpieczenia, a co za tym idzie, również obciążeń finansowych.

otrzymujący dopłatę bezpośrednią ze środków unijnych od 1 lipca 2008 r. jest zobowiązany do objęcia ochroną ubezpieczeniową co najmniej od jednego z wymienionych w ustawie rodzajów ryzyka nie mniej niż 50% areału upraw, do których przysługuje dotacja do składek, i nie ma tutaj znaczenia, czy producentowi rolnemu przysługuje dotacja do składki, czy nie.

W celu uzyskania powszechności stosowania ubezpieczeń obowiązkowych państwo wprowadza **sankcje** za ich brak. W przypadku ubezpieczeń OC rolników i budynków w gospodarstwach rolnych stanowią one odpowiednio 10% i 25% minimalnego wynagrodzenia za pracę. Przy ubezpieczeniu upraw jest to równowartość 2 euro za ha. Sankcje nie są zbyt dotkliwe, jednak niepokryte straty mogą być dla rolnika dużo większą karą. Brak ubezpieczenia połowy areału nie pozwala na uzyskanie pomocy w postaci np. preferencyjnych kredytów przyznawanych w przypadku ogłoszenia stanu klęski żywiołowej na danym terenie.

Obowiązek kontroli zawarcia tych ubezpieczeń spoczywa na wójcie (burmistrzu, prezydencie miasta) właściwym ze względu na miejsce położenia gospodarstwa rolnego lub miejsce zamieszkania rolnika. Ponadto uprawniony do kontroli jest starosta właściwy ze względu na położenie gospodarstwa rolnego lub miejsce zamieszkania rolnika, a w przypadku OC rolnika również Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny.

Ubezpieczenie budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych

Budynki inwentarskie to jeden z podstawowych składników majątkowych każdego gospodarstwa. To w nich prowadzona jest działalność hodowli zwierząt czy przechowywane są maszyny. Obowiązkowe ubezpieczenie budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych obejmuje swoim zakresem niemal wszystkie **obiekty w gospodarstwach rolnych**, przy czym ich powierzchnia przekraczać musi 20 m^2. Wypłacane odszkodowanie ma na celu możliwość odbudowy zniszczonych budynków.

Obowiązek ubezpieczenia budynku rolniczego powstaje z dniem pokrycia budynku dachem i dotyczy tylko **rolników indywidualnych** prowadzących gospodarstwa rolne o powierzchni 1 ha lub działy specjalne produkcji rolnej[33].

Z tytułu ubezpieczenia budynków rolniczych przysługuje odszkodowanie za szkody powstałe w budynkach na skutek zdarzeń losowych w postaci: ognia, huraganu, powodzi, podtopienia, deszczu nawalnego, gradu, opadów śniegu, uderzenia pioruna, eksplozji, obsunięcia się ziemi, tąpnięcia, lawiny lub upadku statku powietrznego, zdefiniowane szczegółowo w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych (tab. 5.7).

[33] Na przykład uprawy w szklarniach, fermowa hodowla i chów drobiu, hodowla i chów zwierząt futerkowych, prowadzenie pasiek, ale też inne.

Tabela 5.7. Podstawowe definicje zdarzeń w ubezpieczeniu obowiązkowym budynków

Zdarzenie	Definicja
1	2
Ogień	Uważa się szkody powstałe w wyniku działań ognia, który przedostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i rozszerzył się o własnej sile – inaczej mówiąc, każdy ogień
Huragan	Uważa się szkody powstałe w wyniku działania wiatru o prędkości nie mniejszej niż 24 m/s, którego działanie wyrządza masowe szkody; pojedyncze szkody uważa się za spowodowane przez huragan, jeżeli w najbliższym sąsiedztwie stwierdzono działanie huraganu
Powódź	Uważa się szkody powstałe wskutek zalania terenów w następstwie podniesienia się poziomu wody w korytach wód płynących lub stojących
Podtopienie	Uważa się szkody powstałe wskutek zalania terenów w wyniku deszczu nawalnego lub spływu wód po zboczach lub stokach na terenach górskich i falistych
Deszcz nawalny	Uważa się szkody powstałe w wyniku opadów deszczu o współczynniku wydajności co najmniej 4
Grad	Uważa się szkody powstałe wskutek opadu atmosferycznego składającego się z bryłek lodu
Opady śniegu	Uważa się szkody powstałe w wyniku opadów śniegu przekraczających 85% wartości charakterystycznej (normowej) obciążenia śniegiem gruntu, właściwej dla strefy, w której znajduje się ubezpieczony budynek, określonej według obowiązującej Polskiej Normy „Obciążenie śniegiem"
Piorun	Uważa się szkody będące następstwem uderzenia pioruna
Eksplozja	Uważa się szkody powstałe w wyniku gwałtownej zmiany stanu równowagi układu z jednoczesnym wyzwoleniem się gazów, pyłów lub pary, wywołane ich właściwością rozprzestrzeniania się w odniesieniu do naczyń ciśnieniowych i innych tego rodzaju zbiorników; warunkiem uznania szkody za spowodowaną eksplozją jest to, aby ściany tych naczyń i zbiorników uległy rozdarciu w takich rozmiarach, iż wskutek ujścia gazów, pyłów, pary lub cieczy nastąpiło nagłe wyrównanie ciśnień; za spowodowane eksplozją uważa się również szkody powstałe wskutek implozji, polegające na uszkodzeniu zbiornika lub aparatu próżniowego ciśnieniem zewnętrznym
Obsunięcie się ziemi	Uważa się szkody spowodowane przez zapadanie się ziemi oraz usuwanie się ziemi, z tym że za szkody spowodowane przez: a) zapadanie się ziemi – uważa się szkody powstałe wskutek obniżenia się terenu z powodu zawalenia się podziemnych pustych przestrzeni w gruncie, b) usuwanie się ziemi – uważa się szkody powstałe wskutek ruchów ziemi na stokach
Tąpnięcie	Uważa się szkody powstałe wskutek wstrząsów podziemnych, spowodowanych pęknięciem skał, wywołanych naruszeniem równowagi sił w tych skałach
Lawina	Uważa się szkody powstałe wskutek gwałtownego zsuwania się lub staczania ze zboczy górskich lub falistych: mas śniegu, lodu, skał, kamieni, ziemi lub błota

1	2
Upadek statku powietrznego	Uważa się szkody powstałe wskutek katastrofy bądź przymusowego lądowania samolotu silnikowego, bezsilnikowego lub innego obiektu latającego, a także spowodowane upadkiem ich części lub przewożonego ładunku

Źródło: art. 67 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych.

Zakres ryzyka obejmowanego ochroną wydaje się szeroki. Jednak obecnie w Polsce posiadacz innej nieruchomości niż rolna (np. mieszkania w bloku w mieście) może uzyskać znacznie większą liczbę rodzajów zdarzeń obejmowanych ochroną. W ofertach zakładów ubezpieczeń pojawiają się zatem specjalne rozwiązania dla rolników, które pozwalają uzupełnić ochronę o dodatkowe zdarzenia: działanie dymu i sadzy, szkody wodociągowe, skutki uderzenia pojazdu, upadek drzewa, masztu, słupa, anteny lub ich części, przepięcia.

Liczba i zakres **wyłączeń**, czyli sytuacji, w których brak jest odpowiedzialności towarzystwa, w ubezpieczeniach obowiązkowych są znacznie mniejsze niż w zwykłych ubezpieczeniach od ognia i innych zdarzeń losowych. W ustawie zdefiniowano tylko cztery takie sytuacje:

- wyrządzone umyślnie przez ubezpieczającego lub przez osobę, za którą ubezpieczający ponosi odpowiedzialność lub która pozostaje z ubezpieczającym we wspólnym gospodarstwie domowym,
- wyrządzone wskutek rażącego niedbalstwa przez osoby, o których mowa w punkcie powyżej,
- górnicze, w rozumieniu przepisów prawa geologicznego i górniczego,
- powstałe wskutek trzęsienia ziemi.

Sumę ubezpieczenia ustala ubezpieczający z przedstawicielem zakładu ubezpieczeń. Rolnik może ubezpieczyć budynki według wartości rzeczywistej budynku lub wartości nowej (w odniesieniu do budynków nowych oraz takich, których stopień zużycia w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia nie przekracza 10%). Suma ubezpieczenia ustalana jest odrębnie dla każdego budynku rolniczego. Skutki złego oszacowania sumy ubezpieczenia to w efekcie brak pokrycia wszystkich poniesionych wydatków. Stąd wszelkie przeprowadzane remonty, naprawy czy ulepszenia powinny powodować podniesienie sumy ubezpieczenia.

Odszkodowanie jest wypłacane w obowiązkowym ubezpieczeniu budynków na podstawie:

- faktur za naprawę lub kosztorysu wystawionego przez podmiot dokonujący odbudowy lub remontu budynku (z uwzględnieniem dotychczasowych wymiarów, konstrukcji, materiałów i wyposażenia, także zużycia),
- ciągle aktualizowanych cenników stosowanych przez zakłady (zawsze w ten sposób, jeśli rolnik nie decyduje się na odbudowę lub naprawę uszkodzonego budynku).

Należy jednak pamiętać, że kosztorys naprawy powinien zostać przedłożony przez ubezpieczającego najpóźniej w terminie 12 miesięcy od dnia powstania szkody.

Taki sposób wypłaty odszkodowania przez zakłady ubezpieczeń powoduje, że każda faktura związana z naprawą uszkodzonego budynku będzie pokryta, ale tylko do wysokości sumy ubezpieczenia ustalonej przy zawieraniu umowy.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego (OC rolników)

Obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia OC rolników dotyczy **wyłącznie osób fizycznych** i powstaje w dniu objęcia w posiadanie gospodarstwa rolnego.

Umowę ubezpieczenia OC rolników zawiera się na okres 12 miesięcy. Należy pamiętać, że umowa raz zawarta jest automatycznie przedłużana na lata następne – chyba że zostanie wypowiedziana na jeden dzień przed upływem okresu ubezpieczenia. Umowa nie przedłuży się także wtedy, gdy rolnik nie zapłacił składki za mijające 12 miesięcy, zakładowi ubezpieczeń cofnięto zgodę na prowadzenie działalności w zakresie OC rolnika lub ogłoszono upadłość zakładu ubezpieczeń.

Z ubezpieczenia OC przysługuje odszkodowanie, jeśli rolnik, osoba żyjąca z nim we wspólnym gospodarstwie lub w nim pracująca zostali pociągnięci do odpowiedzialności za szkodę powstałą w związku z posiadaniem gospodarstwa rolnego, której następstwem jest śmierć, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia, utrata lub zniszczenie mienia. Ubezpieczeniem nie jest objęta odpowiedzialność cywilna rolników w życiu prywatnym.

Zakład ubezpieczeń zapłaci za szkody, które powstaną w związku:

- z pracami prowadzonymi w gospodarstwie rolnym (opryski chemiczne, ruch maszyn itp.),
- z posiadaniem mienia, nieruchomości (np. krowa spowodowała szkody w ogródku sąsiada),
- ze szkodami spowodowanymi przez pracowników czy członków rodziny (np. pracownik spadł z drabiny, która była z winy rolnika w złym stanie technicznym, i doznał poważnego złamania nogi),
- z poruszaniem się pojazdów wolnobieżnych niepodlegających rejestracji (pracownik uszkodził kosiarką budynek sąsiada).

Główne sytuacje, w których zakład ubezpieczeń nie będzie odpowiadał za szkodę z ubezpieczenia OC rolnika, to:

- szkody w mieniu wyrządzone rolnikowi przez osoby pracujące w jego gospodarstwie rolnym lub pozostające z rolnikiem we wspólnym gospodarstwie domowym, albo szkody wyrządzone osobom pozostającym z rolnikiem we wspólnym gospodarstwie domowym lub pracującym w jego gospodarstwie rolnym (np. uszkodzenie kosiarką budynku należącego do rolnika);

- szkody powodowane przeniesieniem chorób zakaźnych niepochodzących od zwierząt;
- szkody w mieniu spowodowane wadą towarów dostarczonych przez osobę objętą ubezpieczeniem albo wykonywaniem usług; jeżeli wskutek tych wad nastąpiła szkoda na osobie, zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności tylko wtedy, gdy osoba objęta ubezpieczeniem wiedziała o tych wadach (np. rolnik był świadomy, że mięso jest skażone);
- szkody powstałe wskutek uszkodzenia, zniszczenia, utraty lub zaginięcia rzeczy wypożyczonych lub przyjętych do użytkowania, przechowania lub naprawy przez osobę objętą ubezpieczeniem OC rolników (np. uszkodzenia w mieniu użytkowanym na bazie leasingu) – należy zawrzeć osobne ubezpieczenia maszyn;
- szkody polegające na zanieczyszczeniu lub skażeniu środowiska.

UWAGA: Zakładowi ubezpieczeń przysługuje uprawnienie do dochodzenia od sprawcy szkody zwrotu wypłaconego z tytułu ubezpieczenia OC rolników odszkodowania, jeżeli wyrządził on szkodę umyślnie lub w stanie po spożyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii.

Suma gwarancyjna w ubezpieczeniu OC rolników wynosi:

- jeśli ofiarą padli ludzie – 5 000 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki są objęte ubezpieczeniem, bez względu na liczbę poszkodowanych,
- jeśli szkody dotyczą mienia – 1 000 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia, bez względu na liczbę poszkodowanych.

Jednym z kluczowych znaczeń ubezpieczenia OC rolników jest **ochrona reputacji rolnika**. Do szkody dochodzi najczęściej w środowisku znajomych, a sąsiedzi najczęściej solidaryzują się z osobą poszkodowaną. Wypłata z zakładu ubezpieczeń może pozwolić na szybkie rozwiązanie takiej nieprzyjemnej sytuacji i potencjalnego zarzewia konfliktów.

Przy tak szerokim zakresie jest to chyba jedno z najtańszych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej na świecie. Składka uzależniona jest od powierzchni gospodarstwa i wynosi obecnie od 3 do 9 zł za hektar użytków rolnych (w zależności od rodzaju produkcji i regionu).

5.7.4. Obowiązkowe dotowane ubezpieczenie upraw

Dla wielu gospodarstw rolnych kluczowym elementem działalności jest produkcja roślin. To przychody ze sprzedaży rzepaku i zbóż pozwalają zachować płynność w okresie lata oraz zgromadzić środki na zakup nasion i nawozów na kolejny okres. Ale efekty wielu miesięcy pracy (od zasiewu aż do zbioru) mogą zniknąć lub zostać

mocno uszkodzone w wyniku różnego rodzaju zjawisk atmosferycznych. Ponieważ po zniesieniu obowiązku ubezpieczania upraw liczba zawieranych umów ubezpieczenia plonów drastyczne zmalała (w roku 1988 zawarto 2 886 046 umów ubezpieczenia, a w roku 2004 jedynie 36 212), zatem podjęto kroki w celu pobudzenia zawierania tych ubezpieczeń. Po wejściu Polski do Unii Europejskiej rząd polski ma ograniczone możliwości w zakresie inicjowania pomocy o charakterze *ad hoc* dla rolników, np. w przypadku zaistnienia katastroficznych zjawisk atmosferycznych. W roku 2005 przyjęto ustawę[34], której regulacje miały się przyczynić do zwiększenia popytu na ubezpieczenia produkcji rolnej od ryzyka zjawisk przyrodniczych, tak aby w przyszłości poszkodowani rolnicy otrzymywali większą część pomocy od sektora ubezpieczeniowego. Ustawa wprowadziła mechanizm stosowania **dopłat do składek ubezpieczeniowych przez budżet państwa**[35].

W obecnym stanie prawnym ustawa o dopłatach do ubezpieczeń w swoim zakresie przedmiotowym obejmuje podstawowe uprawy rolne (uprawy zbóż, kukurydzy, rzepaku, rzepiku, ziemniaków, buraków cukrowych, chmielu, warzyw gruntowych, tytoniu, drzew i krzewów owocowych, roślin strączkowych i truskawek) oraz najważniejsze gatunki zwierząt gospodarskich (bydło, konie, owce, kozy i świnie).

W ramach ubezpieczenia upraw praktykuje się zarówno ubezpieczenia od pojedynczych zagrożeń (*single-risk insurance*), np. bardzo popularne w Niemczech ubezpieczenie od skutków gradobicia, jak i produkty wieloryzykowe (łączone – *combined (peril) insurance, multi-risk insurance*) lub pakietowe, które najczęściej na bazie pojedynczego ryzyka[36] (np. gradu) oferują także pokrycie innego rodzaju ryzyka (np. przymrozków wiosennych) lub mają charakter ubezpieczenia typu *all risks*. W Polsce zdecydowano się na ubezpieczenia wieloryzykowe, przy czym rolnik może dokonać wyboru zagrożeń wśród tych, które zostały wymienione w ustawie. Dotyczą one następujących zdarzeń losowych: huraganu, powodzi, deszczu nawalnego, gradu, piorunu, obsunięcia się ziemi, lawiny, suszy[37], ujemnych skutków przezimowania lub przymrozków wiosennych.

Od 2008 roku ubezpieczenie upraw części wymienionych wyżej rodzajów ryzyka, tj. **od gradu, suszy, powodzi, ujemnych skutków przezimowania oraz przymrozków wiosennych**, jest **obowiązkowe**. Obowiązek dotyczy rolników, którzy uzyskali dopłaty bezpośrednie do gruntów rolnych. Ubezpieczenie musi obejmo-

[34] Ustawa z dnia 7 lipca 2005 r. o ubezpieczeniach upraw rolnych i zwierząt gospodarskich (Dz.U. Nr 150, poz. 1249 ze zm.), przywoływana dalej jako ustawa o dopłatach do ubezpieczeń, oraz ustawa o zmianie ustawy o ubezpieczeniach upraw rolnych i zwierząt gospodarskich.

[35] Ustawa przeszła cztery nowelizacje w latach: 2006, 2007, 2008 i 2009. Kolejne nowelizacje rozszerzały stopniowo zakres przedmiotowy upraw, które mają być objęte ubezpieczeniem dotowanym.

[36] Ryzyko jest tu rozumiane zgodnie z żargonem ubezpieczeniowym jako zagrożenie.

[37] Zagrożenie w postaci suszy zostało po raz pierwszy, w takiej skali, włączone w zakres możliwych do realizacji umów ubezpieczenia. Pomimo stworzenia ujednoliconego systemu monitoringu suszy przez Instytut Upraw Nawożenia i Gleboznawstwa w Puławach, realizowane umowy rzadko zawierają tę opcję (z jednej strony wysoka stawka dla rolnika, z drugiej duża ekspozycja na ryzyko dla zakładów ubezpieczeń).

wać co najmniej jeden z wymienionych rodzajów ryzyka. Rolnik spełni ten obowiązek, jeśli ubezpieczy **50% powierzchni upraw**[38].

Przykład

Gospodarstwo rolne X we wniosku o dopłatę bezpośrednią wskazało powierzchnię 900 ha. Struktura pól: łąki – 80 ha, lucernik – 120 ha, rzepak – 250 ha, zboża, kukurydza – 430 ha, zioła – 5 ha, ziemniaki – 15 ha.

Wyliczenie areału do obowiązku ubezpieczenia: 250 + 430 + 15 = 695 (zioła, łąki i lucernik nie wchodzą w zakres przedmiotowy ubezpieczeń obowiązkowych).

Obowiązek ubezpieczenia min. 50%, co daje co najmniej powierzchnię 347,5 ha upraw do ubezpieczenia (np. ubezpieczenie zbóż od gradu pozwala na spełnienie obowiązku w wymaganym zakresie).

Najpopularniejsze wśród rolników (prawdopodobnie ze względu na cenę) jest ubezpieczenie od gradobicia (ponad 90% realizowanych umów zawiera to zdarzenie). W odniesieniu do upraw ozimych rolnicy zawierają bardzo często ubezpieczenie pakietowe: skutki przezimowania, przymrozki wiosenne, grad.

Ustawa określiła wyłącznie ramy prawne, którymi mają się kierować zakłady ubezpieczeń, precyzując zapisy w swoich ogólnych warunkach ubezpieczenia, na podstawie których podpisywane będą umowy ubezpieczenia z rolnikami.

Dopłaty przysługują producentom rolnym, czyli osobom fizycznym, osobom prawnym lub jednostkom organizacyjnym niemającym osobowości prawnej, którzy posiadają lub współposiadają gospodarstwo rolne. Pierwotnie dopłata przysługiwała wyłącznie producentom rolnym, którzy spełniają kryterium małego i średniego przedsiębiorstwa (zgodnie z regulacjami UE)[39], ale według najnowszych rozwiązań dopłatę może uzyskać producent rolny niespełniający tego kryterium, ale po uzyskaniu zgody z Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi.

Wysokość dopłat do ubezpieczeń może wynosić do 65% składki. Ustawodawca określa też warunki, które muszą być spełnione, aby dopłata mogła być udzielona. Najważniejszym z warunków jest wymóg zastosowania przez ubezpieczyciela stawek w określonej wysokości, ale także odpowiednich technicznych ograniczeń odpowiedzialności (franszyza integralna czy udział własny), a także karencji (tab. 5.8).

[38] W efekcie realizowany jest wymóg określony w przepisach UE o konieczności ubezpieczenia połowy dochodu, aby państwo członkowskie mogło uruchomić dopuszczone prawem instrumenty pomocy *ad hoc* (zob. więcej w podrozdz. 5.7.9).

[39] Obecnie regulacje w tym zakresie znajdują się w załączniku I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 702/2014 z dnia 25 czerwca 2014 r. uznającego niektóre kategorie pomocy w sektorach rolnym i leśnym oraz na obszarach wiejskich za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej.

Sposób przekazywania dotacji jest korzystny dla rolnika, ponieważ rolnik nie musi osobiście ubiegać się o dopłatę. Płaci on ubezpieczycielowi pomniejszoną składkę, a ubezpieczyciel sam rozlicza dotację z budżetem państwa. Producenci rolni składają wnioski o ubezpieczenie z dopłatami do zakładów ubezpieczeń, które **zawarły umowy w sprawie dopłat** z ministrem właściwym do spraw rolnictwa[40].

Tabela 5.8. Ubezpieczenia dotowane upraw rolnych i zwierząt gospodarskich oraz warunki ubezpieczenia

Maksymalne stawki taryfowe
Rozróżnienie maksymalnych wysokości stawek: ▸ 3,5% sumy ubezpieczenia dla upraw kukurydzy, zbóż, rzepaku jarego, rzepiku, buraków cukrowych lub ziemniaków ▸ 5% sumy ubezpieczenia dla rzepaku ozimego, warzyw gruntowych, chmielu, tytoniu, drzew i krzewów owocowych, truskawek lub roślin strączkowych ▸ 0,5% sumy ubezpieczenia w przypadku zwierząt
Przy stawkach wyższych niż 3,5% i 5% i 0,5%, ale niższych niż 6% sumy ubezpieczenia, przysługuje dopłata odpowiednio do składki wielkości 3,5% i 5% i 0,5%
Składka za ubezpieczenie przy stawce wyższej niż 6% sumy ubezpieczenia podlega dofinansowaniu jedynie w przypadku warzyw gruntowych oraz drzew i krzewów owocowych, pozostałe uprawy – jeśli zakład ubezpieczeń stosuje stawki powyżej 6% – nie podlegają dofinansowaniu
Ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela
Franszyza integralna
Zakład odpowiada za szkody wynoszące min. 10% plonu głównego W przypadku suszy – 25%
Udział własny
Odszkodowanie może być obniżone o maks. 10%
Karencja
Ubezpieczenia obowiązkowe: ▸ 14 dni dla ryzyka suszy, powodzi, gradu i przymrozków wiosennych ▸ 0 dni dla ujemnych skutków przezimowania, jeśli zawarto umowę do 1 grudnia

[40] Umowy z Ministerstwem Rolnictwa zawierają rokrocznie tylko trzy zakłady ubezpieczeń: PZU SA, Concordia Polska TUW, Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych TUW.

5.7.5. Dotowane nieobowiązkowe oraz komercyjne ubezpieczenie upraw

Poza obowiązkowym dotowanym ubezpieczeniem upraw, dopłaty do składek pojawiają się także w dobrowolnym ubezpieczeniu upraw. Dotyczą one tego samego zakresu przedmiotowego, co ubezpieczenia obowiązkowe, czyli upraw rolnych (zbóż, kukurydzy, rzepaku, rzepiku, ziemniaków, buraków cukrowych, chmielu, warzyw gruntowych, tytoniu, drzew i krzewów owocowych, roślin strączkowych i truskawek) oraz zwierząt gospodarskich (bydło, konie, owce, kozy i świnie). Zakres darzeń jest jednak w przypadku ubezpieczeń dobrowolnych odmienny i obejmuje jedynie huragan, deszcz nawalny, uderzenie pioruna, obsunięcia się ziemi oraz lawiny.

Pozostałe warunki tego ubezpieczenia dotyczące ograniczeń odpowiedzialności, karencji, maksymalnego poziomu składek, do których przysługuje dopłata do składki oraz ograniczenie wysokości tej dopłaty do 65% składki, pozostają analogiczne do ubezpieczeń obowiązkowych i wynikają z tych samych ram prawnych. Rolnik może w dowolny sposób łączyć w ramach jednej umowy ubezpieczenia dowolnie wybrane ryzyko obowiązkowe i dobrowolne.

Zakres ryzyka obejmowanego ochroną w ubezpieczeniu dotowanym można zatem podzielić na:

- **obowiązkowe** – zawarcie ubezpieczenia 50% areału pól uprawnych od choćby jednego z rodzajów ryzyka (gradu, suszy, powodzi, ujemnych skutków przezimowania oraz przymrozków wiosennych) pozwala na spełnienie obowiązku, ale można i często należy skorzystać z rozwiązania, które obejmuje kilka rodzajów ryzyka;
- **dobrowolne** – uprawy będą objęte ubezpieczeniem od huraganu, deszczu nawalnego, pioruna, obsunięcia się ziemi lub lawiny.

Obok formuły ubezpieczeń dotowanych istnieje możliwość zawierania umów w trybie komercyjnym. W tym zakresie zakłady ubezpieczeń oraz producenci rolni mają większą swobodę co do określania parametrów szkody i warunków cenowych. Należne odszkodowania mogą obejmować zarówno szkody ilościowe, jak i jakościowe oraz pokrywać zdarzenia zdefiniowane odmiennie od przepisów ustawy.

5.7.6. Ubezpieczenia zwierząt

Na polskim rynku można zdefiniować dwa rodzaje ubezpieczeń zwierząt: dotowane oraz komercyjne. Ubezpieczenie zwierząt w odróżnieniu od ubezpieczenia upraw jest w całości dobrowolne. Zakres ubezpieczeń dotowanych zwierząt jest bardzo wąski i obejmuje ochroną wskazane zwierzęta gospodarskie (bydło, świnie, owce, kozy i konie) od szkód powstałych wskutek: huraganu, powodzi, deszczu

nawalnego, gradu, pioruna, obsunięcia się ziemi, lawiny, polegające na padnięciu lub uboju z konieczności z powodu ww. rodzajów ryzyka. W konsekwencji duże znaczenie mają ubezpieczenia komercyjne, w których przedmiotem ubezpieczenia mogą być wszelkie rodzaje zwierząt, w tym: konie, bydło, trzoda chlewna, owce, kozy, strusie emu i drób czy ryby.

Przykład

Ubezpieczenie zwierząt na zasadach komercyjnych oferuje w Polsce kilkanaście zakładów ubezpieczeń. Nie we wszystkich jednak można ubezpieczyć każdy gatunek zwierząt. Na przykład PZU nie zamyka katalogu zwierząt i dopuszcza także ubezpieczenie innych zwierząt na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia, z wyjątkiem drobiu, zwierząt futerkowych, psów i kotów. Dla drobiu PZU stworzyło specjalnie opracowany produkt ubezpieczeniowy, który obejmuje szeroki zakres ochrony ubezpieczeniowej drobiu – od chorób, od szkód spowodowanych zdarzeniami losowymi lub od wszelkiego rodzaju ryzyka, łącznie z przerwami w dostawach energii elektrycznej. Ubezpieczenie obejmuje wszystkie gatunki drobiu i wszystkie kierunki produkcji w chowie fermowym:

- kury, kaczki, indyki i gęsi – na okres tuczu lub odchowu na nioski,
- kury typu mięsnego i nieśnego – przeznaczone na produkcję jaj wylęgowych lub konsumpcyjnych,
- kaczki, gęsi i indyki – przeznaczone na produkcję jaj wylęgowych.

Drób zaś może być ubezpieczony w jednym z następujących wariantów:

- zakres ograniczony – ubezpieczenie od szkód spowodowanych zdarzeniami losowymi w postaci ognia, huraganu, powodzi, podtopienia, deszczu nawalnego, opadów śniegu, pioruna, eksplozji, gradu, upadku statku powietrznego, lawiny, zapadania i usuwania się ziemi oraz wydostania się wody z urządzeń wodno-kanalizacyjnych
- zakres ograniczony – ubezpieczenie od ryzyka chorób i wypadków, w tym także i kanibalizmu,
- zakres pełny – obejmujący wszystkie wymienione wyżej rodzaje ryzyka.

Ponadto każdy z zakresów ubezpieczenia może być rozszerzony o ryzyko niezawinionych przez ubezpieczającego przerw w dopływie prądu do fermy. Ubezpieczeniem może zostać objęty drób na czas transportu lub wystawy oraz mienie związane z produkcją drobiu.

W przypadku ubezpieczenia zwierząt zakład ubezpieczeń obejmuje najczęściej szkody powstałe wskutek padnięcia zwierzęcia lub uboju z konieczności, które powstały w wyniku:

- choroby zwierzęcia,
- nieszczęśliwego wypadku (są skutkiem zdarzeń losowych, takich jak ogień, powódź, huragan itp.).

Zakłady ubezpieczeń często dają możliwość wyboru wielu opcji dodatkowych, takich jak: ubezpieczenie na czas transportu, wystawy, zawodów sportowych (dotyczy koni) czy kręcenia filmów, oraz pokrywanie kosztów dodatkowych na utylizację zwłok, bezskuteczne leczenie. Zakres ubezpieczenia można również zdefiniować jako utratę przydatności reprodukcyjnej, użytkowej czy też utratę produkcji mleka, np. w wyniku padnięcia zwierzęcia. Można powiedzieć, iż zakres uzależniony jest od faktycznych potrzeb posiadacza zwierząt oraz możliwości akceptacji ryzyka ze strony zakładów ubezpieczeń.

Sposób ustalania **sumy ubezpieczenia** jest różny w zależności od tego, czy przedmiotem ubezpieczenia są zwierzęta użytkowe, hodowlane czy też przeznaczone na opas. Co do zasady jednak, suma ubezpieczenia powinna odpowiadać wartości rynkowej w dniu zawierania umowy ubezpieczenia.

5.7.7. Ubezpieczenie mienia w gospodarstwach rolnych

Ubezpieczyć mienie ruchome mogą wszyscy posiadacze gospodarstw rolnych. Rolnik może ubezpieczyć całe mienie w swym gospodarstwie albo tylko wybrane elementy, np. ziemiopłody, wyposażenie czy budynki niepodlegające obowiązkowym ubezpieczeniom.

Ubezpieczenie to pokrywa najczęściej skutki szkód spowodowanych przez zdarzenia losowe, takie jak huragan, opady śniegu, uderzenie pioruna, ogień, eksplozja, powódź, grad, zalanie, usuwanie się ziemi itp. (w zależności od zakresu ubezpieczenia proponowanego przez zakład ubezpieczeń). Jednak ze względu na dobrowolny charakter umów zakres i zasady wypłaty odszkodowań mogą być kształtowane w sposób dowolny przez strony. W związku z tym w zakresie tego ubezpieczenia pojawia się również odpowiedzialność za kradzież z włamaniem i rabunek.

5.7.8. Ubezpieczenie maszyn rolniczych

Kluczowym elementem współczesnego gospodarstwa rolnego jest park maszynowy. To właśnie nowoczesne kombajny, specjalistyczne maszyny czy ciągniki są kluczem do sukcesu finansowego. Dlatego tak ważne jest ich odpowiednie ubezpieczenie, szczególnie gdy zakup tego sprzętu jest finansowany w ramach kredytu lub leasingu. Przy wyborze konkretnego ubezpieczenia maszyn należy zwrócić uwagę na następujące elementy:

- zakres ochrony ubezpieczeniowej,
- wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela,
- ograniczenia techniczne odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń (limity, udziały własne, franszyzy),

- obowiązki ubezpieczającego dotyczące przede wszystkim zabezpieczeń kradzieżowych, przeciwpożarowych czy też okresowych przeglądów i sposobu eksploatacji maszyn,
- sposób wyceny szkody i kwestie związane z VAT-em,
- sposób ustalania sumy ubezpieczenia,
- kwalifikacja szkody całkowitej oraz obliczenie wartości pozostałości.

Na polskim rynku ubezpieczeniowym można uzyskać pokrycie bazujące na tradycyjnej formule ryzyka nazwanego (ogień i inne zdarzenia losowe, z włączeniem kradzieży). Pojawiają się również rozwiązania oparte na regule ubezpieczenia casco, gdzie ochrona obejmuje szkody w ruchu pojazdu i miejscach garażowania. Ale coraz częściej poszukiwane są rozwiązania pokrywające również awarie tych, bardzo często, drogich maszyn. W efekcie na rynku ubezpieczeń rolnych pojawiły się rozwiązania znane z realizacji procesów inwestycyjnych i maszyny można ubezpieczać, łącząc ubezpieczenia CPM (Contractors' Plant & Machinery) i MB (Machinery Breakdown).

5.7.9. Polityka UE wobec zarządzania ryzykiem w rolnictwie

Rolnictwo jest obszarem zainteresowania Unii Europejskiej od początków jej istnienia. Już w umowie założycielskiej (Traktat rzymski) postanowiono, że działalność Wspólnoty obejmuje prowadzenie **wspólnej polityki rolnej**. Ulegała ona jednak wielokrotnie poważnym zmianom. W ramach działań związanych ze wspólną polityką rolną (WPR), szczególnie po jej urynkowieniu na początku XXI wieku, podejmowane są także prace dotyczące zarządzania ryzykiem w gospodarstwach rolnych.

W pracach zarówno Parlamentu Europejskiego, jak i Komisji Europejskiej wskazywano na konieczność zaangażowania się, także finansowego, Unii Europejskiej i państw członkowskich w zwalczanie i usuwanie skutków klęsk żywiołowych, co się wiązało z przekonaniem, że ryzyko związane z działalnością rolniczą będzie rosło. W roku 2006 dopuszczono formalnie **stosowanie ubezpieczeń dofinansowanych przez państwo członkowskie** jako odpowiedź na negatywne zjawiska klimatyczne o charakterze katastroficznym (mróz, grad, lód, deszcz lub susza)[41]. Pomoc państwa mogła jednak być realizowana tylko w przypadku formalnie uznanym za klęskę żywiołową przez organy publiczne, ale pod warunkiem, że zjawisko zniszczyło **ponad 30% produkcji rolnej danego rolnika**[42]. W przypadku zaistnienia takiej sytuacji państwo członkowskie mogło zaoferować pomoc pokrywającą do

[41] Na podstawie rozporządzenia Komisji (WE) nr 1857/2006 w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu w odniesieniu do pomocy państwa dla małych i średnich przedsiębiorstw.

[42] Mowa o średniej rocznej produkcji z ubiegłych trzech lat lub średniej z trzech lat opartej na okresie pięciu ubiegłych lat, z wyłączeniem wartości najwyższej i najniższej.

90% strat. Drugą formą pomocy stosowaną tylko wobec producentów rolnych spełniających kryterium małego i średniego przedsiębiorstwa była dopłata do składek ubezpieczeniowych. Dofinansowanie składek przez budżet państwa członkowskiego mogło wynosić nawet 80% składki, jeżeli ubezpieczenie dotyczyło wyłącznie strat spowodowanych niekorzystnymi zjawiskami klimatycznymi, które mogą być porównane z klęską żywiołową. W przypadku obejmowania ochroną mniejszych strat o charakterze klimatycznym i zdarzeń spowodowanych chorobami zwierząt lub roślin albo epidemiami szkodników dofinansowanie z budżetu mogło wynieść do 50% składki.

Analizy wykazały, że możliwości finansowe państw Wspólnoty nie zaspokajają potrzeb budżetów na realizację tych zadań, a państwa członkowskie powinny otrzymać możliwość współfinansowania ze środków europejskich składek ubezpieczeniowych i współfinansowania rekompensat za niektóre straty gospodarcze. Na początku 2009 roku stworzono rozwiązanie alternatywne dla ubezpieczeń dla małych i średnich przedsiębiorstw dotowanych z budżetu krajowego[43]. Umożliwiono wówczas dofinansowanie składek ubezpieczeniowych ponoszonych w związku z umowami chroniącymi rolników przed skutkami **niekorzystnych zjawisk klimatycznych**, które mogą zostać porównane z klęskami żywiołowymi (pozostawiono zatem poziom 30% strat). Dla upraw pojęcie to może również dotyczyć strat spowodowanych przez szkodniki. Określono również pojęcie **straty gospodarcze** – są to wszelkie dodatkowe koszty poniesione przez rolnika w wyniku podjęcia przez niego środków nadzwyczajnych, mających na celu zmniejszenie podaży na danym rynku lub wszelką znaczną utratę produkcji. W zakresie zwierząt ubezpieczenia mogą obejmować wszystkie choroby zwierząt zawarte w wykazie Światowej Organizacji Zdrowia. Są to zatem rozwiązania szersze niż do tej pory, umożliwiające stworzenie pełniejszej ochrony ubezpieczeniowej. Dopłata do składki ustalona została na poziomie 65%, z czego 75% mogło być dofinansowane ze środków unijnych. Dopłata powinna być skierowana do zakładu ubezpieczeń, który funkcjonuje w ramach Wspólnoty. Ponadto wprowadzono także możliwość tworzenia specjalnych rozwiązań finansowych i organizacyjnych – tzw. ***mutual fund***, pozwalających na wypłatę rekompensat rolnikom, którzy ponieśli straty gospodarcze wskutek wystąpienia chorób zwierząt i roślin oraz w wyniku tzw. incydentów środowiskowych. *Mutual fund* to system akredytowany przez państwo członkowskie zgodnie z jego prawem krajowym, który umożliwia stowarzyszonym rolnikom wspólne ubezpieczenie, za pomocą którego rekompensaty są wypłacane rolnikom zrzeszonym w funduszu, którzy ponieśli straty gospodarcze. Jest to zatem prosty

[43] Rozporządzenie Rady (WE) nr 73/2009 z dnia 19 stycznia 2009 r. ustanawiające wspólne zasady dla systemów wsparcia bezpośredniego dla rolników w ramach wspólnej polityki rolnej i ustanawiające określone systemy wsparcia dla rolników, zmieniające rozporządzenia (WE) nr 1290/2005, (WE) nr 247/2006, (WE) nr 378/2007 oraz uchylające rozporządzenie (WE) nr 1782/2003.

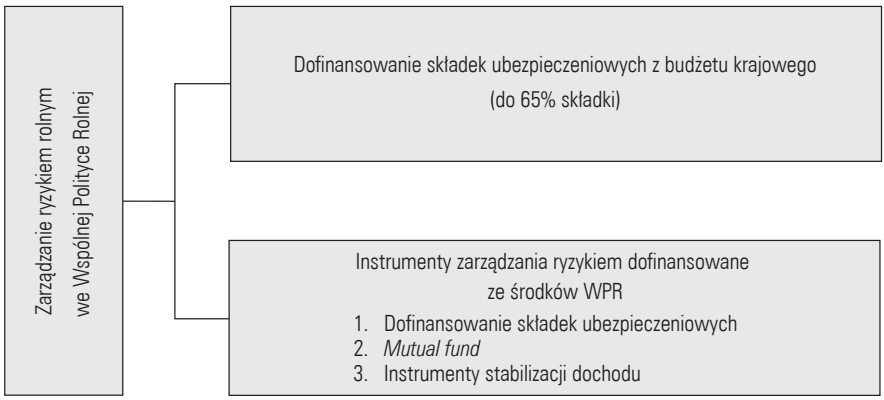
instrument (fundusz) opierający swe działanie na wzajemności, który jednak formalnie nie jest zakładem ubezpieczeń[44].

W nowej perspektywie finansowej wspólnej polityki rolnej (2014–2020) wzmocniono istniejące narzędzia w zakresie zarządzania ryzykiem. Pierwszym instrumentem jest dotacja do ubezpieczeń, ale z preferowaną formą realizacji umów opartą na indeksach[45]. Przez pojęcie **ubezpieczenie oparte na indeksie** rozumieć należy umowę, w której wysokość świadczenia/odszkodowania uzależniona jest od kształtowania się wartości pewnego ustalonego indeksu (parametru), reprezentującego wpływ określonego czynnika na wyniki finansowe i/lub wartość plonu rolnika. Jeżeli indeks oparty jest na czynnikach pogodowych, to wypłata z zakładu ubezpieczeń uzależniona jest od kształtowania się wartości opadów deszczu, temperatury lub siły wiatru, a nie od rzeczywistego ubytku plonu [Łyskawa, Zimowski, 2009, s. 286]. Należy podkreślić, iż przyjęta metoda obliczania powinna pozwalać na odzwierciedlenie strat poniesionych indywidualnie przez każdego rolnika w danym roku. *Mutual fund* mają funkcjonować na dotychczasowych zasadach, przy czym rozszerzono zakres funkcjonowania tego systemu o działania szkodliwych organizmów oraz o niekorzystne zjawiska klimatyczne. Obok narzędzi ustanowionych w 2009 roku (ubezpieczenia i *mutual fund*) pojawiła się też możliwość uruchomienia przez państwa członkowskiego opcjonalnego narzędzia stabilizacji dochodów rolniczych. Z funduszu stabilizacji dochodów (musi on opierać się na idei *mutual fund*) wypłacane będą rekompensaty, jeśli spadek **dochodu przekroczy 30%** średniego rocznego dochodu indywidualnego rolnika[46]. Płatność może jednak rekompensować nie więcej niż 70% utraconych dochodów. Należy podkreślić, iż zastosowanie opisanych instrumentów uzależnione jest od decyzji poszczególnych państw członkowskich, które mogą kontynuować dofinansowanie składek w ubezpieczeniach rolnych z budżetu krajowego lub zastosować wszystkie lub wybrane instrumenty dofinansowania ze środków WPR (rys. 5.7).

[44] Rozwiązanie niespotykane dotychczas w praktyce polskiej, ale stosowane przez zrzeszenia rolników czy organizacje rolne we Francji, Holandii, we Włoszech. Zob. więcej [Janowicz-Lomott, 2013, s. 63–77].

[45] Art. 37 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 1305/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie wsparcia rozwoju obszarów wiejskich przez Europejski Fundusz Rolny na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich (EFRROW) i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1698/2005.

[46] Tak jak w przypadku ubezpieczeń opieramy się na średniej z trzech lub pięciu lat z wyłączeniem najlepszego i najgorszego roku.



Rysunek 5.7. Instrumenty zarządzania ryzykiem rolnym wspierane z budżetu krajów członkowskich lub budżetu unijnego po roku 2014

Źródło: opracowanie własne.

Najnowsze regulacje dotyczące zarządzania ryzykiem w gospodarstwach rolnych[47] utrzymały lub nieco zmodyfikowały dotychczasowe rozwiązania. W roku 2014 zmieniono zasady funkcjonowania ubezpieczeń dotowanych wprowadzonych przepisami unijnymi. Regulacje unijne[48] usankcjonowały zakres ubezpieczeń, które mogą podlegać dotowaniu, i obok zjawisk o charakterze klęsk żywiołowych pojawiają się tam również: (a) inne niekorzystne zjawiska klimatyczne, (b) choroby zwierząt lub szkodniki roślin, (c) zwierzęta chronione. Intensywność pomocy ograniczona jest do 65% kosztów składki ubezpieczeniowej.

Słowa kluczowe

- Instrumenty zarządzania ryzykiem w rolnictwie w ramach WPR
- OC rolnika
- Ubezpieczenia dobrowolne w rolnictwie
- Ubezpieczenia dotowane
- Ubezpieczenia obowiązkowe w rolnictwie
- Ubezpieczenia upraw
- Ubezpieczenia zwierząt gospodarskich
- Ubezpieczenie budynków w gospodarstwach rolnych

[47] Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1305/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie wsparcia rozwoju obszarów wiejskich przez Europejski Fundusz Rolny na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich (EFRROW) i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1698/2005.

[48] Art. 28 ust. 3 rozporządzenia Komisji (UE) nr 702/2014 z dnia 25 czerwca 2014 r. uznającego niektóre kategorie pomocy w sektorach rolnym i leśnym oraz na obszarach wiejskich za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej.

Pytania kontrolne

1. Czym się różnią zagrożenia w gospodarstwach rolnych od zagrożeń w innych przedsiębiorstwach?
2. Z czego wynika wprowadzanie dużej ilości ubezpieczeń obowiązkowych w gospodarstwach rolnych?
3. Jakie ubezpieczenia mogą być wykorzystane w zarządzaniu ryzykiem w gospodarstwie rolnym?
4. W jaki sposób państwo angażuje się w pokrywanie skutków zdarzeń losowych w gospodarstwach rolnych?
5. Jakie ograniczenia w stosowaniu ubezpieczeń dotowanych upraw występują w Polsce?
6. Jakie instrumenty zarządzania ryzykiem w rolnictwie są proponowane do wykorzystania w krajach UE?

5.8. Ubezpieczenia transportowe i budowlano-montażowe

I. Kwiecień

Ubezpieczenia transportowe i budowlano-montażowe to popularne produkty specjalistyczne, przeznaczone zwłaszcza dla podmiotów gospodarczych świadczących usługi lub korzystających z usług w tych branżach. Ubezpieczenia transportowe skierowane do klientów prywatnych przyjmują postać komunikacyjnych, w tym np. autocasco czy ubezpieczenie bagażu, natomiast ubezpieczenia różnych rodzajów ryzyka dotyczących budowy oferowane są adekwatnie do potrzeb w postaci ubezpieczenia mienia w trakcie budowy (głównie domów).

Z uwagi na specyfikę, produkty transportowe oraz budowlano-montażowe omówione zostaną odrębnie, przy czym ograniczony zakres opracowania przesądza o tym, że scharakteryzowane zostaną jedynie podstawowe elementy struktury tych produktów.

5.8.1. Ubezpieczenia transportowe

Ubezpieczenia transportowe dotyczą ryzyka w transporcie związanego z przemieszczaniem się pojazdu bądź towaru (lub przewożonych osób). Aktywność ta była właściwa ludziom od zarania rozwoju kupiectwa, dlatego ubezpieczenia transportowe należą do najstarszych produktów ubezpieczeniowych (pierwsze koncepcje umów o wspólnym pokrywaniu strat oraz pierwsza znana polisa z XIV wieku dotyczyła transportu morskiego – por. uwagi w podrozdz. 1.2).

Transport może być wykonywany różnymi środkami transportu, różnymi drogami, w efekcie wyróżnia się trzy podstawowe jego rodzaje, które cechują odrębności regulacyjne:

- transport morski, wykonywany drogą morską, statkami morskimi, dla którego – także w zakresie ubezpieczeń – podstawową regulację stanowi kodeks morski oraz konwencje międzynarodowe,
- transport lądowy, wykonywany drogą lądową, przy czym zaliczamy tu zarówno transport drogowy, kolejowy, jak i wodnośródlądowy (w postaci żeglugi śródlądowej), z wykorzystaniem odpowiednich środków transportu – podstawowa regulacja wynika z kodeksu cywilnego, ale zastosowanie znajdą tu także prawo przewozowe czy konwencje międzynarodowe dotyczące np. odpowiedzialności przewoźnika (por. uwagi dalej),
- transport lotniczy, wykonywany drogą powietrzną, statkami powietrznymi – regulacja wynika z prawa lotniczego oraz umów i konwencji międzynarodowych.

Każdy z tych rodzajów transportu może mieć zasięg krajowy lub międzynarodowy, co także wpływa na źródła regulacji. Regulacja zasad transportu ma istotne znaczenie w obszarze ubezpieczeń, zwłaszcza do ustalenia zasad odpowiedzialności za szkody związane z transportem, ale i obowiązków podmiotów organizujących i wykonujących transport. Rodzaj transportu determinuje profil ryzyka, w każdym jednak wyróżnić można trzy podstawowe obszary ryzyka:

- ryzyko dotyczące towarów – ich zniszczenia, uszkodzenia lub utraty,
- ryzyko dotyczące środków transportu – ich zniszczenia, uszkodzenia lub utraty,
- ryzyko odpowiedzialności cywilnej – związanej z posiadaniem i użytkowaniem środków transportu lub działalnością związaną z organizacją i wykonywaniem transportu mienia i osób.

Stosownie do specyfiki ryzyka w tych obszarach i potrzeb podmiotów zagrożonych tworzone są produkty, wśród których podstawowe grupy stanowią:

- ubezpieczenia mienia w transporcie (*cargo, goods in transport*)
- ubezpieczenia środków transportu (*casco*)
- ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (*liability*).

Oprócz tego oferowane są produkty uzupełniające (lub klauzule dodatkowe do produktów podstawowych), np. ubezpieczenia *assistance*, następstw nieszczęśliwych wypadków, kosztów leczenia. Nie są to produkty typowo transportowe, część z nich omówiona została w podrozdziałach dotyczących ubezpieczeń komunikacyjnych oraz turystycznych, w tej części zostaną więc pominięte.

Bardziej szczegółowo natomiast zostaną scharakteryzowane najpowszechniej oferowane produkty we wskazanych grupach podstawowych.

Ubezpieczenia mienia w transporcie

Ubezpieczenie jest skierowane do właścicieli transportowanego mienia lub innych podmiotów, na których ryzyko mienie jest transportowane. Kwestia ta stanowi punkt wyjścia do funkcjonowania ubezpieczeń mienia w transporcie, a w praktyce podział ryzyka może być dokonywany różnie w stosunku do różnych faz przewozu, podobnie jak różnie może być ustalana kwestia podziału kosztów, w tym ubezpieczenia. Podział ten ustalany jest w umowach między nadawcą a odbiorcą i nie ma przełożenia na stosunki własnościowe wobec towaru. W praktyce transportu, zwłaszcza międzynarodowego, stosowane są najczęściej ujednolicone klauzule umowne, tzw. Międzynarodowe Reguły Handlu (Incoterms), które dzielą koszty i odpowiedzialność między nabywcę i sprzedawcę oraz odzwierciedlają rodzaj uzgodnionego transportu[49]. W polisie podział ryzyka i kosztów ubezpieczenia będzie odzwierciedlany przez odrębne ustalenie podmiotu ubezpieczającego oraz uprawnionego (ubezpieczonego), przy czym kwestia uprawnienia do odszkodowania zgodnie z ideą ubezpieczeń jest weryfikowana także w procesie likwidacji szkody.

W odniesieniu do produktów ubezpieczeń mienia w transporcie należy wskazać następujące elementy, postanowienia, znaczące dla zakresu ochrony i mające wpływ na ocenę ryzyka i składkę:

- Lokalizacja transportu – oferowane są albo odrębne produkty dla transportu krajowego i międzynarodowego, albo łączone w jednej polisie.
- Środek transportu – transport własny pojazdami ubezpieczonego bądź obcy, wykonywany przez przewoźnika zawodowego na podstawie listu przewozowego.
- Rodzaj przewożonego i ubezpieczanego mienia – wyróżnia się tu towary zwykłe oraz tzw. podwyższonego ryzyka, w tym tonące, palne, szybko psujące się, ciekłe, szczególnie zagrożone kradzieżą (np. sprzęt elektroniczny, papierosy); ze standardowej ochrony ubezpieczeniowej wyłączane są m.in. wartości pieniężne, dzieła sztuki, dokumenty, przesyłki pocztowe, bagaż osobisty, zwierzęta żywe.
- Fazy transportu objęte ochroną – obok samego przewozu mienie może być objęte ochroną podczas załadunku, rozładunku, a także przeładunku czy niezbędnego przejściowego magazynowania na trasie.
- Zdarzenia objęte ochroną – oferowane są zarówno konstrukcje od wszystkich rodzajów ryzyka (*all risks*) oraz na ryzyko nazwane w zakresie podstawowym, który obejmuje pożar i inne zdarzenia losowe, w tym np. wypadek środka transportu, lub w zakresie rozszerzonym z włączeniem kradzieży z włamaniem, rabunku oraz kradzieży łącznie ze środkiem transportu; w odniesieniu do transportu międzynarodowego ubezpieczyciele i wszyscy ubezpieczający ładunki w transporcie międzynarodowym najczęściej używają, jako uzgodnionych warunków ubezpieczenia, angielskich instytutowych klauzul ładunkowych (Institute Cargo Clauses).

[49] Zostały opublikowane w 1936 r. i wielokrotnie je nowelizowano. Obecnie obowiązującą wersją (od 1 stycznia 2011 r.) jest Incoterms 2010, która zastąpiła Incoterms 2000. Obowiązują przy obrocie dobrami materialnymi, a ich stosowanie jest fakultatywne.

Klauzule występują w trzech podstawowych wersjach oznaczonych literami, odpowiednio od najszerszej formuły A (*all risks*) przez B (średni zakres) po C, które dają najmniejszy zakres ubezpieczenia[50].

- Koszty dodatkowe – przedmiotem ubezpieczenia są zazwyczaj także koszty związane z użytymi przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego środkami w celu ratowania mienia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów (co wynika także z regulacji kodeksowej), koszty związane z uprzątnięciem pozostałości po szkodzie, łącznie z kosztami utylizacji ubezpieczonego mienia.

Odpowiednio do potrzeb ubezpieczających stosowane są:

- polisy jednostkowe – na pojedynczy przewóz, odpowiednie przy przewozach sporadycznych lub specjalnych,
- polisy generalne – obejmujące większą ilość ładunku/liczbę przewozów w ustalonym okresie; mogą obejmować wszystkie lub niektóre rodzaje ładunków lub przewozów; polisa generalna może być rozliczana w formule podstawowej (na podstawie dziennika lub rejestru przewozów), może przyjmować postać polisy obrotowej, rozliczanej na podstawie obrotu. W tych rodzajach składka ustalana jest zaliczkowo i rozliczana w okresach rozliczeniowych. Stosowana jest także polisa odpisowa, gdzie każdy realizowany transport pomniejsza sumę ubezpieczenia, aż do jej wyczerpania.

Suma ubezpieczenia ustalana jest jako wartość przewożonego mienia (według wartości na fakturze, wartości rzeczywistej lub wytworzenia) w polisie jednostkowej, w polisach generalnych odnoszona jest do maksymalnej wartości na jeden środek transportowy. Możliwe są sublimaty dla określonej kategorii mienia lub środków transportu. Suma ubezpieczenia może być zwiększana o fracht, podatki, spodziewany zysk.

Ubezpieczenia środków transportu

Konstrukcja ubezpieczeń casco jest w istocie taka jak w omówionych ubezpieczeniach komunikacyjnych (dla środków transportu drogowego), z tym że – co oczywiste – uwzględnia specyfikę środka transportu (drogowy, w tym ciężarowy, szynowy itp.), zakres jego wykorzystania (większe obciążenie), co ma znaczenie także dla oceny ryzyka i składki. Szczególne cechy w obrębie ubezpieczeń transportowych to to, że zazwyczaj oferowane (realizowane) są ubezpieczenia zbiorowe, tzw. ubezpieczenia flot pojazdów, a zakres ochrony częściej jest ustalany indywidualnie w toku negocjacji, a niekiedy oferowane są także usługi dodatkowe (lub np. systemy informatyczne) w zakresie uproszczonego zarządzania flotą, w tym programem ubezpieczeń i likwidacji szkód.

[50] Klauzule A, B, C jako zbiór kilkunastu jednostkowych klauzul zaczęły obowiązywać od 1 stycznia 1982 r. i są epokowym dziełem założonego w 1884 r. Instytutu Londyńskich Ubezpieczycieli (The Institute of London Underwriters).

Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

W obszarze ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej funkcjonują najpowszechniej takie produkty, jak:

- ubezpieczenia OC związane z posiadaniem i użytkowaniem pojazdu – w większości objęte obowiązkiem ubezpieczenia, odrębne dla poszczególnych rodzajów transportu i pojazdów; konstrukcja zależy od regulacji zasad odpowiedzialności i obowiązku ubezpieczenia w przepisach prawa (szczegółowa analiza z uwagi na zakres opracowania zostanie pominięta – aktualna pozostaje część poświęcona ubezpieczeniu OC komunikacyjnemu);
- ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przewoźnika zawodowego oraz spedytora, do których odnoszą się poniższe zasady (ograniczone zasadniczo do transportu drogowego).

W ubezpieczeniu OC przewoźnika przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna ubezpieczającego, wynikająca z jego zarobkowej działalności w charakterze przewoźnika drogowego, z tytułu zawartej umowy o przewóz towarów z użyciem pojazdów własnych jak i pojazdów podnajętych, pod warunkiem że przewozy dokonywane będą na podstawie dokumentów wystawionych na ubezpieczającego. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje odpowiedzialność za utratę, ubytek lub uszkodzenie towarów powstałe od przyjęcia ich do przewozu, aż do wydania odbiorcy, łącznie z ewentualnym opóźnieniem w przewozie. Możliwe jest objęcie ochroną kradzieży towaru lub środka transportu wraz z towarem. Ponadto ubezpieczone mogą zostać koszty, np. koszty procesu w celu obrony przed roszczeniami, koszty rzeczoznawców czy też koszty przeładunku w razie wypadku.

Zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela determinowany jest (jak w każdym ubezpieczeniu OC) zakresem odpowiedzialności ubezpieczonego. W transporcie krajowym zastosowanie znajdą reguły ustalone w prawie przewozowym, w transporcie międzynarodowym zasady określone w Konwencji CMR[51]. W przepisach tych określone są zasady odpowiedzialności, wyłączenia odpowiedzialności, ograniczenia kwotowe odpowiedzialności (CMR) oraz terminy przedawnienia (krótsze niż podstawowe dla odpowiedzialności cywilnej). Ubezpieczyciele oczywiście wprowadzają w produkcie dodatkowe ograniczenia (potrącenia, limity) czy wyłączenia.

Ubezpieczenie OC spedytora dotyczy czynności i usług spedycyjnych. Do czynności spedycyjnych obejmowanych ochroną zalicza się: składowanie towaru, pakowanie i przepakowywanie towaru, jego kontrolę, przygotowanie dokumentów do wysyłki towaru, odprawę celną, załadunek i wyładunek oraz inne czynności związane ze spedycją. Ubezpieczona jest odpowiedzialność spedytora wobec zleceniodawcy w razie niewykonania czy nienależytego wywiązania się z umowy, którą

[51] Ustawa z dnia 15 listopada 1984 r. – Prawo przewozowe; Konwencja o umowie międzynarodowego przewozu drogowego towarów (CMR), Genewa, 19.05.1956 r., ratyfikowana przez Polskę w 1962 r.

zawarł ze zleceniodawcą. Ponadto ubezpieczane są koszty wynagrodzenia rzeczoznawców, niezbędne koszty obrony prawnej i koszty sądowe.

W praktyce – z uwagi na łączenie przez przedsiębiorców usług przewoźnika i spedytora – oba omówione ubezpieczenia OC bywają łączone w jeden produkt.

5.8.2. Ubezpieczenia budowlano-montażowe

Ubezpieczenia budowlano-montażowe należą, obok ubezpieczeń maszyn i urządzeń, do grupy tzw. ubezpieczeń technicznych (inżynieryjnych), których rozwój datuje się na okres rewolucji przemysłowej w XIX wieku [Gąsiorkiewicz, Micyk, 2001, s. 192 i nast.]. Projektowane są na potrzeby podmiotów ponoszących ryzyko w procesie budowlanym. Stanowią pakiet produktów lub modułów uzupełniających się tak, aby zapewnić w efekcie kompleksową ochronę w każdym z obszarów.

Obszary te dotyczą: mienia, spodziewanych zysków oraz odpowiedzialności cywilnej. W odróżnieniu od typowych produktów ubezpieczeń oferowanych w tych obszarach, z jednej strony uwzględniają, co oczywiste, specyfikę ryzyka – obszarów i źródeł zagrożenia. Z drugiej strony, z założenia, stanowią produkty o wysokiej elastyczności, co wynika z konstrukcji modułowej, zakresu klauzul dodatkowych oraz dopuszczalnych negocjacji, tak aby zapewnić ochronę na miarę potrzeb (*tailor made*). W procesach budowlanych jest to o tyle istotne, że mimo procedur, schematów i regulacji procesy te są w zasadzie jednostkowymi przedsięwzięciami, o zróżnicowanym okresie trwania, a profil ryzyka determinowany jest cechami podmiotów uczestniczących, właściwościami projektu, czynnikami fizycznymi dotyczącymi lokalizacji, materiałów czy sił przyrody oraz na dodatek trudnościami w zabezpieczeniu obiektu w budowie.

Adekwatnie do wskazanych obszarów w grupie ubezpieczeń budowlano-montażowych oferowane są dwa typowe produkty kompleksowe:

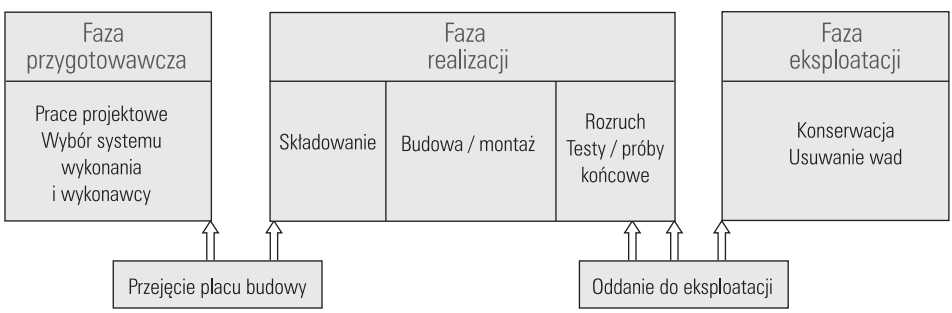
- ubezpieczenia wszystkich rodzajów ryzyka budowy (CAR) – przeznaczone dla projektów budowlanych z niewielkim udziałem prac konstrukcyjnych,
- ubezpieczenia wszystkich rodzajów ryzyka montażu (EAR) – przeznaczone dla projektów konstrukcyjnych z niewielkim udziałem prac budowlanych.

Obejmują ochroną zarówno mienie, jak i odpowiedzialność cywilną, przy czym niekiedy integrowane są w jednym produkcie (Contract Work All Risks – CWAR). Dotyczą konkretnego projektu, są nieodnawialne (ale mogą być prolongowane), a zakres ochrony w niektórych sekcjach jest ograniczony. Stąd zastosowanie znajdują ponadto takie produkty, jak:

- ubezpieczenie maszyn i urządzeń budowlanych (CPI),
- ubezpieczenie utraty zysku (ALOP),
- ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej ogólnej (General Liability).

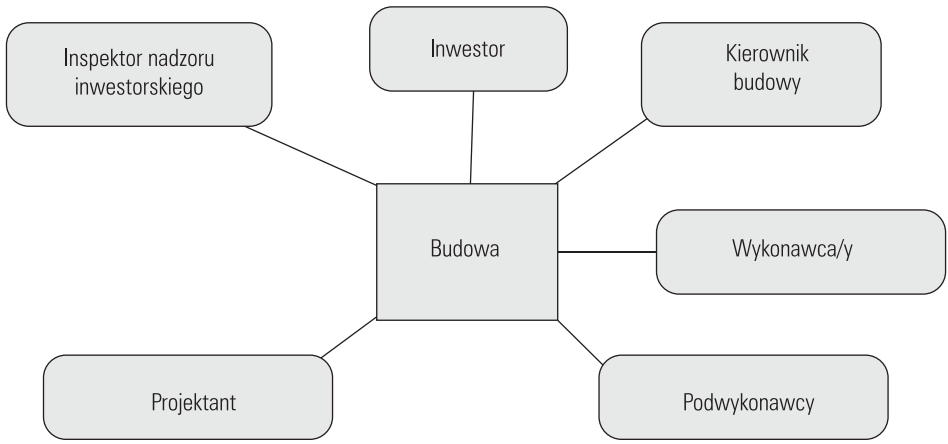
Produkty te oferowane są – zależnie od potrzeb – w odniesieniu do konkretnego projektu bądź jako polisy ogólne – roczne, mające zastosowanie w odniesieniu do całej działalności związanej z procesami budowlanymi ubezpieczonego (oczywiście w ubezpieczonym zakresie), tym samym mogą być wykorzystane w wielu projektach.

W przypadku ubezpieczeń dotyczących konkretnego projektu budowlanego do ustalenia podmiotów uczestniczących w projekcie i ponoszących ryzyko w określonych obszarach rodzaju i harmonogramu prac istotne znaczenie mają podstawowe dokumenty dotyczące projektu, w tym projekt architektoniczny oraz kontrakt, umowa o roboty budowlane. Pewne kwestie regulowane są w przepisach prawa (art. 647 k.c. i nast. dot. umowy o roboty budowlane, a zwłaszcza przejście ryzyka odpowiedzialności za szkody wynikłe na terenie budowy na wykonawcę, zgodnie z art. 652 k.c.). W praktyce stosowane są także tzw. standardy FIDIC (zob. [FIDIC, 1995]), w których ustalony jest zakres obowiązków uczestników, procedury postępowania oraz rozkład ryzyka (gros obciąża wykonawcę). Typowy przebieg procesu oraz typowa struktura podmiotowa zaprezentowane zostały na rysunkach 5.8 i 5.9.



Rysunek 5.8. Typowy przebieg procesu budowy/montażu

Dalej omówione zostaną podstawowe elementy konstrukcji poszczególnych produktów.



Rysunek 5.9. Typowa struktura podmiotowa

Ubezpieczenia wszystkich rodzajów ryzyka budowy (*contractor's all risks* – CAR) i ryzyka montażu (*erection all risks* – EAR)

Konstrukcja obu produktów jest podobna, odmienności wynikają ze specyfiki prac obejmowanych ochroną, a w efekcie także z charakterystyki obiektu i używanych materiałów.

W ubezpieczeniach CAR ochroną obejmowane są prace budowlane, a w ubezpieczeniach EAR montażowe, przy czym zakłada się, że możliwy jest udział prac obcych (montażowych w CAR, budowlanych w EAR), jednak w niewielkiej części, zazwyczaj do 20%. Biorąc pod uwagę, że w praktyce realizowane są projekty bardziej złożone, w których udział prac obcych jest większy, często oferowane są produkty obejmujące ochroną oba rodzaje prac (*contract work all risks* – CWAR).

Ubezpieczonym w obu produktach może być każdy podmiot mający interes prawny podlegający ochronie (mienie, odpowiedzialność), a zatem zleceniodawca (inwestor), wykonawca, podwykonawca prac budowlanych, producent i/lub dostawca montowanych urządzeń, instytucja finansująca.

Przedmiot ubezpieczenia i jego **zakres** ujmowane są jako odrębne sekcje. **Sekcja I** obejmuje mienie, w tym:

- obiekty w czasie budowy lub, odpowiednio, montażu,
- sprzęt i maszyny budowlane,
- zaplecze budowy, np. kontenery, składowane materiały, inne mienie ubezpieczonych lub pod ich kontrolą.

Mienie ubezpieczone jest od wszystkich zdarzeń, z wyjątkiem wyłączonych wyraźnie w ogólnych warunkach lub polisie, w konsekwencji których powstanie szkoda rzeczowa polegająca na nagłej, przypadkowej i nieprzewidzianej utracie, uszko-

dzeniu lub zniszczeniu ubezpieczonego mienia. Zakres ten standardowo obejmuje m.in. działania sił przyrody czy człowieka, w postaci kradzieży z włamaniem bądź np. wadliwego wykonawstwa, braku doświadczenia czy błędu, a także spięcia, zwarcia lub siły odśrodkowej. Ogólne warunki przewidują szereg wyłączeń ogólnych, np. wina umyślna, wojna czy terroryzm, jak i szczegółowych, w tym np. za szkody wynikające z błędów projektowych czy wad materiałowych, braków w dokumentacji. Wiele z nich może być zniesionych w drodze klauzul rozszerzających, zazwyczaj za dodatkową składką.

Suma ubezpieczenia w tej sekcji ustalana jest w odniesieniu do:

- obiektu – w wysokości równej całkowitej wartości prac, zgodnie z kontraktem budowlanym, z uwzględnieniem materiałów do przerobu i urządzeń do zamontowania,
- sprzętu, maszyn i zaplecza – w wysokości odpowiadającej kosztom odtworzenia.

Wprowadzane są także sublimity dla określonych kategorii zdarzeń, np. powódź, lub rodzajów szkody, np. zniszczenie dokumentacji.

Sekcja II obejmuje odpowiedzialność cywilną ubezpieczającego i/lub ubezpieczonych w związku z prowadzeniem prac budowlanych lub montażowych. Zakres ochrony ograniczany jest do odpowiedzialności deliktowej – za szkody osobowe i rzeczowe wyrządzone osobom niezwiązanym z procesem budowlanym. Suma gwarancyjna ustalana jest w umowie na podstawie indywidualnej oceny wysokości możliwych roszczeń z tytułu potencjalnych szkód, które mogą wyniknąć w związku z prowadzonymi pracami budowlanymi, bądź na podstawie zobowiązań zawartych w kontrakcie budowlanym. Zakres ochrony w tej sekcji jest stosunkowo wąski, możliwe są klauzule rozszerzające, np. ubezpieczenie OC pracodawcy czy OC wzajemnej (przy kilku ubezpieczonych), przy czym kompleksowy zakres wymaga zakupu odrębnego produktu w postaci ubezpieczenia OC ogólnej.

Okres ubezpieczenia to całkowity okres realizacji inwestycji od przekazania wykonawcy placu budowy lub od rozpoczęcia robót, lub od rozładowania pierwszych materiałów na placu budowy, aż do przekazania obiektu inwestorowi po okresie testów lub do rozpoczęcia użytkowania obiektu zgodnie z jego przeznaczeniem. Przy dużych projektach przekazywanie końcowe może następować etapami, co powoduje wyłączenie kolejnych obiektów cząstkowych z ochrony i konieczność ubezpieczenia ich jako obiektów gotowych w ubezpieczeniu mienia. Biorąc pod uwagę częste w praktyce opóźnienia robót, ustala się okresy prolongaty. Ponadto możliwe jest objęcie ochroną okresu rękojmi/gwarancji, zazwyczaj nie dłużej niż przez 24 miesiące.

Ubezpieczenie maszyn i urządzeń budowlanych (*contractor's plant insurance* – CPI, *contactor's plant equipment* – CPE)

Ubezpieczenie to zapewnia kompleksową ochronę właścicielowi i/lub użytkownikowi sprzętu, zaplecza lub maszyn budowlanych w przypadku szkód w mieniu. Przedmiot ubezpieczenia obejmuje wszelkiego typu sprzęt i maszyny budowlane na terenie bazy, placu budowy i w transporcie między bazą i placami budów oraz zaplecze budowy (baraki, warsztaty itp.) wraz z wyposażeniem. Maszyny dla celów oceny ryzyka i kalkulacji składki selekcjonowane są na jezdne i stacjonarne.

Ubezpieczenie zawierane jest na okresy roczne i obejmuje mienie w każdej lokalizacji. Suma ubezpieczenia ustalana jest w wartości odtworzeniowej, uwzględniającej także transport, cło czy instalację, jeżeli mienie nie jest zużyte w dużym stopniu, wówczas stosowana jest formuła wartości rzeczywistej. Zakres zdarzeń obejmuje wszystkie obszary ryzyka, z wyjątkiem wyraźnie wyłączonych, przy czym zazwyczaj wyłączeniu obok typowych zdarzeń jak wojna, terroryzm, wina umyślna, podlegają awarie, szkody elektryczne, dewastacja, które mogą być przedmiotem klauzul rozszerzających lub nawet odrębnych produktów (jak awarie – *machinery breakdown* – MB).

Ubezpieczenie utraty zysku

Ubezpieczenie utraty zysku – zgodnie z ogólnymi zasadami ubezpieczeń tego typu – stanowi produkt powiązany z ubezpieczeniem bazowym. W przypadku procesów budowlanych może ono dotyczyć:

- utraty zysku inwestora w wyniku szkód objętych ubezpieczeniem ryzyka budowlanego i montażowego (*advanced loss of profit* – ALOP) na wypadek opóźnionego przekazania inwestycji do użytkowania zgodnie z przeznaczeniem; ubezpieczyciel kompensuje utracony przewidywany zysk operacyjny i pokrywa koszty stałe, poniesione w okresie między planowanym przekazaniem obiektu do eksploatacji a faktyczną (opóźnioną) datą przekazania;
- utraty zysku wykonawcy i/lub właściciela maszyn budowlanych w wyniku szkód objętych ubezpieczeniem maszyn (*business interruption* – BI), które powodują przerwę w działalności gospodarczej, w efekcie utratę zysku, a jednocześnie konieczność ponoszenia kosztów stałych.

Suma ubezpieczenia w tego typu produktach wyliczana jest na podstawie założeń finansowych i biznesplanu, przygotowanych przed przystąpieniem do realizacji inwestycji (ALOP), lub na podstawie planowanego na tle doświadczeń z poprzednich okresów i posiadanych kontraktów obrotów netto i odpowiednio przypadających na ten obrót kosztów (BI).

Okres ubezpieczenia, w którym musi zaistnieć szkoda w mieniu, pokrywa się z ubezpieczeniem bazowym, a w polisie ustalany jest maksymalny okres odszkodowawczy, podlegający kompensacji, uzgadniany na podstawie czasu niezbędnego

do powtórzenia robót wymienionych w zakresie rzeczowo-finansowym kontraktu budowlanego, montażowego, z uwzględnieniem czasu potrzebnego na zakupienie i sprowadzenie stosownych materiałów i urządzeń (w ALOP) bądź odtworzenie maszyn i urządzeń, uwzględniając okres zamówienia, transportu, instalacji. Okresy te mogą wynosić od miesiąca do nawet 2 lat, przy czym ustalany jest także okres niepodlegający kompensacji – franszyza integralna, zazwyczaj w dniach lub tygodniach.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej ogólnej (*General Liability*)

Ze względu na wąski zakres ochrony w ubezpieczeniu odpowiedzialności, stanowiącym sekcję II w produktach kompleksowych CAR i EAR, a także w przypadku gdy nie ma potrzeby ubezpieczania pozostałych rodzajów ryzyka budowy, zastosowanie uzupełniające znajduje ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej ogólnej, z odpowiednio dostosowanym zakresem ochrony. Ubezpieczenie takie może zostać zawarte na konkretny kontrakt; zakres i okres ubezpieczenia dostosowane są wówczas do danego projektu bądź jako niededykowane ubezpieczenie roczne, które znajdzie zastosowanie w szerszym zakresie do działalności ubezpieczonego. W odniesieniu do konstrukcji ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej aktualne pozostają uwagi dotyczące tych produktów w ogólności (por. podrozdz. 5.4). Oczywiście działalność, która ma być poddana ochronie, wymaga uwzględnienia jej zakresu i specyfiki. Ubezpieczającym może być wykonawca, ale także inwestor czy podwykonawca (pominięta zostanie kwestia odpowiedzialności projektanta czy innych podmiotów uczestniczących w procesach budowlanych, dla których przeznaczone są ubezpieczenia OC zawodowej). Przedmiotem ubezpieczenia może być zarówno odpowiedzialność deliktowa, jak i kontraktowa, w tym także za produkt, jeśli ubezpieczony zarazem wprowadza np. materiały budowlane na rynek jako sprzedawca, wytwórca lub importer. Zakres ochrony obejmuje, co do zasady, szkody na osobie i na mieniu, w tym bezpośrednie i pośrednie (konsekwentne), zarówno na placu budowy, jak i poza nim, inaczej niż w sekcji II CAR/EAR, gdzie zwyczajowo wyłączone są z ochrony szkody pośrednie poza placem oraz inne niż rzeczowe bezpośrednie na placu. Zakres ten może być rozszerzany klauzulami stosownie do potrzeb. Do najczęściej stosowanych w obszarze procesów budowlano-montażowych, stanowiących jednocześnie typowe wyłączenia względne w produktach, należą [Sukiennik, 2003]:

- OC pracodawcy – ze względu na duże ryzyko wypadku przy pracy,
- OC za szkody w mieniu powierzonym – ponieważ na każdym placu budowy znajduje się mienie różnych podmiotów, za które jeden z nich przyjmuje odpowiedzialność,
- OC za szkody wyrządzone przez podwykonawców, z których pracy powszechnie korzystają wykonawcy,

- OC za szkody w mieniu będącym przedmiotem prac – znaczące w czasie prac remontowych lub w ostatniej fazie budowy, gdy dochodzi do zniszczenia lub uszkodzenia już gotowej części obiektu,
- OC za szkody w podziemnych instalacjach lub urządzeniach związane z koniecznością prac ziemnych,
- OC za szkody wzajemne (zwane też *cross liability*), obejmujące odpowiedzialność za szkody wyrządzone innym uczestnikom procesu, których odpowiedzialność objęta jest tą samą polisą, co jest powszechnie stosowane,
- OC za szkody wynikłe z działania środków wybuchowych, młotów pneumatycznych lub kafarów,
- OC za szkody wyrządzone w środkach transportu podczas prac ładunkowych,
- OC za szkody wyrządzone przez pojazdy niepodlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu OC, a do takich należą najczęściej maszyny budowlane jezdne,
- przedłużone pokrycie okresu gwarancyjnego, w którym wykonywane mogą być prace, ponieważ wówczas ryzyko wyrządzenia szkód o dużych rozmiarach jest zdecydowanie wyższe.

Obok omówionych produktów w procesach budowlano-montażowych zastosowanie znajdą gwarancje ubezpieczeniowe (zwłaszcza wadialne i kontraktowe) oraz ubezpieczenia OC za produkt czy ubezpieczenia NNW pracowników, które są tematem odrębnych podrozdziałów.

Słowa kluczowe

- CAR
- EAR
- Odpowiedzialność przewoźnika
- Ubezpieczenie cargo
- Ubezpieczenie casco

Pytania kontrolne

1. Jakie są trzy podstawowe obszary ryzyka w transporcie? Jakie produkty ubezpieczeniowe im odpowiadają?
2. Wymień istotne elementy konstrukcji produktu ubezpieczenia mienia w transporcie.
3. Jak konstruowany jest katalog zdarzeń obejmowanych ochroną w ubezpieczeniach mienia w transporcie?
4. Na czym polega polisa generalna?
5. Jakie regulacje mają znaczenie dla funkcjonowania ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej przewoźnika?
6. Wymień podstawowe ubezpieczenia budowlano-montażowe.
7. Co obejmuje sekcja I, a co sekcja II w ubezpieczeniach CAR/EAR?

5.9. Ubezpieczenia turystyczne

A. Jędrzychowska

W przepisach prawnych oraz literaturze przedmiotu brakuje pojęcia ubezpieczeń turystycznych, w praktyce więc zalicza się do nich wszelkie ubezpieczenia mające bezpośredni lub pośredni związek z turystyką. Ubezpieczenia turystyczne chronią dobra, które są narażone na uszczerbek w związku z wyjazdem, w tym amatorskim uprawianiem sportów. Z jednej strony te dobra to życie i zdrowie, z drugiej środki finansowe i majątek, który zabierany jest na wyjazd (samochód, sprzęt, bagaż) lub w niego angażowany (np. zaliczki). Nie są to produkty standardowe, bowiem ich zakres, przedmiot i okres są dostosowywane do indywidualnych potrzeb ubezpieczeniowych. Mają one znaczenie szczególnie dla osób, które planują wyjazdy za granicę. Przedmiotem ubezpieczeń turystycznych mogą być także wydatki powstałe po stronie wyjeżdżającego, takie jak:

- koszty związane z powypadkowym leczeniem obrażeń ciała czy nagłą chorobą,
- koszty związane z transportem medycznym po wypadku lub w wyniku nagłej choroby do kraju w celu dalszego leczenia albo do miejsca zamieszkania,
- wydatki poniesione na przeprowadzoną akcję ratowniczą czy poszukiwawczą,
- koszty pomocy prawnej w związku z wejściem w konflikt z prawem miejscowym,
- koszty naprawy uszkodzonego sprzętu czy też koszty korzystania z wypożyczalni sprzętu,
- wydatki na zakup nowego sprzętu, utraconego bagażu lub jego składników na skutek kradzieży, trwałego ich uszkodzenia lub utraty,
- inne wydatki, które ubezpieczony byłby zmuszony ponieść w celu naprawienia szkody wyrządzonej przez niego innej osobie (np. gdy ze swojej winy albo braku rozwagi wyrządzi innej osobie krzywdę lub uszkodzi jej sprzęt).

Trzeba również pamiętać, że straty finansowe mogą powstać na skutek utraty wpłaconej zaliczki, dokonanych przedpłat w sytuacji niemożności udziału w wyjeździe, czy też wydatków związanych z koniecznością wcześniejszego powrotu. Wymienione zdarzenia mogą nastąpić na skutek jednego wypadku i generują przez to większą i dotkliwszą szkodę.

Oferty ubezpieczycieli dotyczące ubezpieczeń turystycznych są zróżnicowane pod względem zakresu udzielonej ochrony, przedmiotu ubezpieczenia, a więc i wysokości składki. Niektóre produkty zawierają tylko podstawowy zakres ryzyka, inne natomiast mają opcje dodatkowe i włączają w ochronę obszary ryzyka mniej typowe i szerszy zakres zdarzeń. Zakłady ubezpieczeń oferują ubezpieczenia dostosowane do rodzaju wypoczynku (np. związane z uprawianiem narciarstwa), specjalizacji programu (np. związane z pielgrzymkami do miejsc kultu religijnego), częstotliwości wyjazdów (tzw. pakiety business), wieku uczestników (np. pakiety dla studentów podróżujących za granicę). Analizując oferty ubezpieczeń, trzeba

zwracać uwagę na zasady nimi rządzące, tzn. sytuacje, w których można ubiegać się o odszkodowanie, wysokość sum ubezpieczenia (kwot, do których w poszczególnych przypadkach odpowiada ubezpieczyciel), katalog wyłączeń spod ochrony ubezpieczeniowej, a także zakres terytorialny obejmowania ochroną. Z tego powodu cenne jest uważne zapoznanie się z OWU. Zawierając umowę ubezpieczenia turystycznego, należy mieć świadomość, że zakład ubezpieczeń nie pokryje wszystkich kosztów w każdym wypadku. Są sytuacje, w których z różnych względów warunki umowy zasadniczo ograniczają ochronę ubezpieczeniową. Typowe wyłączenia, które pojawiają się i w tych produktach, wskazano w podrozdziale 3.2.3. Na jedno z nich warto zwrócić uwagę. Stan po użyciu alkoholu powoduje brak ochrony ze strony ubezpieczyciela. Szczególnie uważnie powinny czytać warunki ubezpieczeń turystycznych, zwłaszcza dotyczące kosztów leczenia i NNW, osoby cierpiące na przewlekłe schorzenia, kobiety w ciąży, osoby w podeszłym wieku (standardowo powyżej 65 lat), aby w razie potrzeby dokupić wariant ubezpieczenia z rozszerzeniem ochrony na skutki zdarzeń w tego typu przypadkach.

W przypadku wszystkich ubezpieczeń związanych z wyjazdem turystycznym bardzo istotne jest zbieranie wszelkich dowodów potwierdzających zdarzenie wypadkowe i jego skutki – szczególnie zbieranie oryginalnych rachunków, dowodów opłat za udzieloną pomoc oraz zaświadczenia medyczne.

Najczęściej oferty dla wypoczywających osób konstruowane są w formie pakietowej, tzn. różne ubezpieczenia powiązane z wyjazdem wypoczynkowym zamieszczane są w ramach jednej kompleksowej umowy ubezpieczenia w tzw. pakiecie ubezpieczeń turystycznych.

W dalszej części podrozdziału wskazane zostaną produkty najczęściej stanowiące składowe wspomnianych pakietów – ubezpieczeń turystycznych. Będą to informacje ogólne, dające jedynie zarys funkcjonowania poszczególnych produktów.

5.9.1. Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków

Ogólnie produkt ten został już opisany w podrozdziale 5.5 przy omówieniu ubezpieczeń komunikacyjnych. Obecnie wskazane zostaną wyłącznie cechy specyficzne dla tego produktu, gdy kupowany jest w ramach pakietu turystycznego.

Jest to ubezpieczenie najczęściej znajdujące się w pakietach ubezpieczeń turystycznych, jego przedmiotem są następstwa nieszczęśliwych wypadków polegających na uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia, powodujących trwały uszczerbek lub śmierć ubezpieczonego w trakcie wypoczynku. Podstawowymi świadczeniami wypłacanymi z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu są: przy uszczerbku w wysokości 100% i w wypadku śmierci – pełna suma ubezpieczenia, a w przypadku częściowego uszczerbku (np. złamania ręki) – określony procent sumy ubezpieczenia odpowiadający procentowi trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Produkt ten jest szczególnie istotny przy wyjazdach związanych z turystyką sportową – wyjazdy na narty, na wspinaczkę czy rejs. Każdorazowo należy jednak ustalić z ubezpieczycielem, czy wypadek związany z uprawianiem tej właśnie dyscypliny sportu jest objęty ochroną, a nie podlega wyłączeniu jako sport ekstremalny.

Zakupienie tego produktu w ramach pakietu turystycznego nie koliduje z posiadaniem tego typu ubezpieczenia w miejscu nauki (np. NNW w ramach karty Euro21) czy w ramach uzupełnienia do polisy na życie. Jest to bowiem ubezpieczenie osobowe, w którym nie występuje problem ograniczenia świadczenia limitem wartości przedmiotu ubezpieczenia. Zatem w sytuacji zaistnienia zdarzenia wypłacone mogą być świadczenia z każdej polisy, dla której dane zdarzenie mieściło się w definicji ubezpieczonego wypadku.

5.9.2. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej – komunikacyjnej i w życiu prywatnym

Mówiąc o odpowiedzialności cywilnej w związku z wyjazdem turystycznym, ma się na myśli odpowiedzialność związaną z prowadzeniem pojazdu w czasie wyjazdu oraz odpowiedzialność za postępowanie w czasie wyjazdu. Pierwsza z nich omówiona została w podrozdziale 5.3, dlatego teraz poruszona zostanie wyłącznie odpowiedzialność cywilna w czasie pobytu na wypoczynku. Może to być odpowiedzialność za spowodowanie uszczerbku na czyimś ciele, np. złamanie, zwichnięcie kończyny, wybicie oka (zamierzone lub wynikłe z zaniechania lub nieuwagi) lub majątku (np. uszkodzenie osobistych rzeczy – ubrania, nart, deski windsurfingowej).

Do przykładowych sytuacji, w których na sprawcy (turyście) ciąży obowiązek naprawienia szkody, należy popchnięcie, uderzenie innej osoby w czasie gier zespołowych czy zajechanie drogi na nartostradzie, na skutek czego może dojść do uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia czy zniszczenia mienia innej osoby. Jeżeli zdarzenie to zrodziło odpowiedzialność cywilną turysty, będzie na nim ciążyć obowiązek naprawienia szkody, którą rozumieć należy jako wszelkiego rodzaju uszczerbek zarówno majątkowy, jak i niemajątkowy.

Wysokość zadośćuczynienia (zgodnie z zasadą pełności odszkodowania) zależna jest nie tylko od rzeczywiście poniesionej przez poszkodowanego szkody (np. zakup nowej deski windsurfingowej), lecz również zwrot tzw. utraconych korzyści (np. utracone wskutek pobytu w szpitalu spodziewane zarobki). W razie szkody na osobie kwota należnego odszkodowania będzie obejmować również zwrot wszelkich wynikłych z tego powodu kosztów, np. koszty leczenia szpitalnego, koszty rehabilitacji, zakupu odpowiednich protez, odpowiednich lekarstw itp. Dodatkowym wydatkiem, z którym musi się liczyć sprawca, jest przyznanie poszkodowanemu zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, które, jak pokazuje doświadczenie, może

opiewać na bardzo wysokie kwoty. Należy też pamiętać, iż w granicy odpowiedzialności rodziców mieszczą się szkody powstałe z winy ich małoletnich dzieci, np. podczas zabaw na plaży, boisku czy na basenie. Analizując warunki umowy ubezpieczenia, należy zwrócić uwagę przede wszystkim na zakres przedmiotowy ubezpieczenia. Ważne jest, aby obejmował on zarówno ryzyko szkód mogących powstać podczas wyjazdu w czasie dojazdu i powrotu z urlopu, jak i szkody wyrządzone przez osoby nam bliskie (małoletnie dzieci, pozostałych członków rodziny). W razie zagranicznego wyjazdu bardzo istotną rzeczą jest również zapewnienie sobie objęcia zakresem ubezpieczenia pokrycia kosztów pomocy prawnej i zastępstwa procesowego w razie zaistnienia ewentualnego sporu sądowego. Należy także zwrócić uwagę, czy zakres ubezpieczenia obejmuje miejsce, w którym spędzimy urlop, oraz całkowity okres wypoczynku. Ważną rzeczą jest zapewnienie sobie realnej ochrony ubezpieczeniowej przez określenie sumy gwarancyjnej na odpowiednio wysokim poziomie, adekwatnym do zakresu potencjalnego zdarzenia oraz wysokości możliwych roszczeń. Sumę gwarancyjną w takim ubezpieczeniu trzeba ustalać przede wszystkim z uwzględnieniem znacznie wyższych kwot zasądzanych za granicą odszkodowań z tytułu odpowiedzialności cywilnej.

W zakresie tego ubezpieczenia ochrona najczęściej nie obejmuje:

- odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonego z tytułu roszczeń wykraczających poza zakres ustawowej odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonego, będących wynikiem zawartej przez niego umowy;
- odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonego z tytułu szkód wyrządzonych przez ubezpieczonego osobom bliskim;
- odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonego z tytułu roszczeń o charakterze karnym;
- szkód będących skutkiem zatrzymania, zniszczenia lub konfiskaty przez organa celne lub inne władze;
- odpowiedzialności za szkody powstałe przy wykonywaniu czynności niezwiązanych z życiem prywatnym;
- odpowiedzialności za szkody powstałe w środowisku naturalnym;
- odpowiedzialności za szkody spowodowane przeniesieniem chorób zakaźnych.

5.9.3. Ubezpieczenie *assistance* – świadczenia pomocowe

Ogólny zarys ubezpieczenia typu *assistance* przybliżono w podrozdziale 5.5, gdzie zostało ono przedstawione w odniesieniu do ruchu drogowego. W pakiecie ubezpieczeń turystycznych ubezpieczenie to ma również na celu zapewnienie szeregu świadczeń pomocowych realizowanych na rzecz poszkodowanego i jego bliskich. Świadczenia te są dokładnie opisane w ogólnych warunkach ubezpieczenia, gdzie

zawarte są warunki, na podstawie których ubezpieczony może z tych świadczeń skorzystać, oraz zasady ich przyznawania – trzeba pamiętać, że są one ograniczone różnie kształtowanymi limitami kwotowymi.

W zależności od konkretnej umowy występują w tych ubezpieczeniach następujące świadczenia:

- pokrycie kosztów pobytu osoby towarzyszącej poszkodowanemu lub przyjazdu i pobytu osoby bliskiej dla poszkodowanego w wypadku; chodzi tutaj o zapewnienie wsparcia ze strony osób najbliższych w trudnych chwilach, kiedy przebywa on w szpitalu;
- koszty związane z zakwaterowaniem, wyżywieniem, a także podróżą osoby wskazanej przez ubezpieczonego lub jego opiekuna prawnego;
- zwrotna pożyczka na kaucję – w sytuacji zatrzymania ubezpieczonego podczas podróży w związku z zaistnieniem zdarzenia, za które ponosi on odpowiedzialność, w celu zwolnienia go z aresztu;
- opieka nad małoletnimi dziećmi – w przypadku gdy ubezpieczony podróżował wraz z nimi; w ramach tego świadczenia ubezpieczyciel zapewnia dzieciom opiekę, a także w uzasadnionych przypadkach organizuje i pokrywa koszty ich transportu do miejsca zamieszkania;
- pomoc w razie zagubienia, kradzieży dokumentów, środków, kart płatniczych i kredytowych – ubezpieczyciel zwykle udziela zwrotnej pożyczki, pomaga w kontaktach z bankiem ubezpieczonego oraz udziela informacji o tym, jakie należy podjąć kroki w celu uzyskania zastępczych dokumentów oraz nowych kart bankowych;
- pokrycie kosztów zastępczego kierowcy – jeżeli stan zdrowia ubezpieczonego nie pozwala na prowadzenie samochodu, którym ten podróżował; ubezpieczyciel organizuje, pokrywa koszty dojazdu zmiennika, który będzie kontynuował podróż powrotną do miejsca zamieszkania ubezpieczonego;
- przekazywanie istotnych wiadomości dotyczących przebiegu podróży, nieprzewidzianych zdarzeń, wypadków lub choroby, strajków, opóźnień samolotu, zmian w przebiegu podróży; ubezpieczyciel na życzenie ubezpieczonego przekazuje te niezbędne informacje osobom przez niego wskazanym, a także udziela pomocy przy zmianie rezerwacji noclegów, przelotów itp.;
- sprowadzenie niezbędnych przedmiotów osobistych, leków; ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty związane z zaopatrzeniem ubezpieczonego w tego typu rzeczy (przedmioty);
- transport zwłok ubezpieczonego do kraju – jeżeli ubezpieczony na skutek nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania zmarł podczas wyjazdu; ubezpieczyciel w takich sytuacjach zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu do miejsca pochówku w kraju.

5.9.4. Ubezpieczenie kosztów leczenia za granicą

Ubezpieczenie to zapewnia pokrycie przez ubezpieczyciela kosztów związanych z leczeniem szpitalnym lub ambulatoryjnym oraz zwrot wydatków poniesionych na leki, środki opatrunkowe i inne koszty związane ze świadczeniem na rzecz ubezpieczonego opieki medycznej (m.in. koszty transportu pomiędzy placówkami medycznymi). Należy podkreślić, że koszty te muszą wystąpić w połączeniu z zaistnieniem wypadku lub nagłego zachorowania.

Ważnym elementem wyboru produktu tego typu jest ustalenie odpowiedniej wysokości sumy ubezpieczenia, czyli maksymalnego limitu (kwoty), do którego ponosi odpowiedzialność zakład ubezpieczeń. Limit ten powinien być określony na takim poziome, aby rzeczywiście zabezpieczył pełne pokrycie kosztów leczenia bez konieczności sięgania po własne środki finansowe. Wynika to z faktu, że koszty leczenia w krajach, do których udają się polscy turyści, w znaczącej części wypadków nie należą do niskich i ich pokrycie z własnej kieszeni może być bardzo uciążliwe lub niemożliwe.

Istotna jest również forma, w jakiej zakład ubezpieczeń dokona pokrycia ww. kosztów. Najlepszym rozwiązaniem jest automatyczne pokrycie kosztów leczenia poszkodowanej osoby, bez konieczności wydatkowania przez nią własnych środków i późniejszego ubiegania się o ich refundację. W produktach tych często wprowadzany jest minimalny limit, po przekroczeniu którego dopiero zaczyna działać ubezpieczenie, np. równowartość 100 euro. W razie zaistnienia szkody bardzo ważna jest możliwość skorzystania z centrum alarmowego, które po wypadku koordynuje powypadkową pomoc medyczną, wybiera placówkę medyczną, zapewnia transport medyczny i do którego można zadzwonić w celu uzyskania wszystkich informacji związanych z postępowaniem powypadkowym. Dlatego już na etapie wyboru oferty należy upewnić się, że dany ubezpieczyciel takie centrum prowadzi (optymalnym rozwiązaniem jest całodobowe centrum telefoniczne).

Zwykle w ramach ubezpieczenia kosztów leczenia za granicą, bądź jako odrębne ubezpieczenie, oferowane są dodatkowe świadczenia pomocowe (*assistance*), mające na celu zapewnienie transportu osoby poszkodowanej do miejsca zamieszkania lub dalszego leczenia w macierzystym kraju zgodnie z zaleceniami lekarzy. Gdy po wypadku ubezpieczony nie jest w stanie samodzielnie powrócić do kraju, występuje konieczność zorganizowania zastępczego transportu połączonego z opieką medyczną podczas podróży. Przy lżejszych obrażeniach wystarczający jest ambulans czy też zwykły samolot pasażerski wraz z opieką medyczną. W razie wyjątkowo skomplikowanych obrażeń, wymagających zaawansowanego transportu, konieczny staje się specjalistyczny transport lotniczy, którego koszty wraz z towarzyszącą opieką medyczną są na bardzo wysokim poziomie (standardowo około 4000–6000 euro).

Od wejścia Polski do Unii Europejskiej Polacy przebywający w innych krajach UE mogą bezpłatnie uzyskać pomoc lekarską na takiej samej podstawie i w takim samym zakresie jak obywatele państwa unijnego, w którym zdarzył się wypadek. Polski obywatel może na terytorium Unii uzyskać pomoc ograniczoną jednak do poziomu bezpłatnego lecznictwa w danym państwie. Dokładne reguły pokrycia kosztów naszego leczenia na terytorium UE reguluje prawo krajowe państwa, w którym będzie się odbywać leczenie.

Przed wyjazdem należy zaopatrzyć się w Oddziale Wojewódzkim NFZ lub jego delegaturze w odpowiedni dokument przeznaczony m.in. dla osób wyjeżdżających turystycznie, który w przypadku leczenia będzie stanowić podstawę do refundacji jego kosztów. W tym celu należy złożyć **wniosek o wydanie europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego (EKUZ)**, który można pobrać na stronie internetowej NFZ oraz w siedzibach oddziałów i delegatur NFZ. Szczegółowe informacje o zakresie refundowania kosztów leczenia w poszczególnych krajach unijnych można uzyskać na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia lub telefonicznie.

W przypadku ubezpieczenia zwrotu kosztów leczenia oraz świadczeń pomocowych (*assistance*) można wskazać typowe wyłączenia. Ubezpieczyciel zazwyczaj nie ponosi odpowiedzialności za koszty leczenia ubezpieczonego oraz usług *assistance* (pomocowych), w sytuacji gdy:

- ze względów zdrowotnych istniały przeciwwskazania do odbycia podróży,
- powstały w następstwie leczenia przekraczającego zakres niezbędny do przywrócenia ubezpieczonemu stanu zdrowia umożliwiającego mu powrót do miejsca zamieszkania albo do placówki medycznej,
- powstały z tytułu leczenia chorób przewlekłych,
- powstały w przypadku chorób wenerycznych, leczenia chorób wynikających z zakażenia wirusem HIV, chorób tropikalnych i epidemii,
- powstały w przypadku zdarzeń mających związek z wyczynowym lub profesjonalnym uprawianiem sportu,
- powstały w przypadku leczenia stomatologicznego: profilaktycznego i protetycznego,
- powstały w przypadku podróży w celach terapeutycznych, pobytu w sanatoriach, uzdrowiskach,
- powstały na skutek operacji plastycznej,
- były związane z ciążą i porodem.

5.9.5. Ubezpieczenie kosztów akcji ratowniczej i poszukiwawczej

Wypadki rodzące konieczność leczenia niekiedy poprzedzone są akcją ratunkową i poszukiwawczą. Koszty takich działań występują jako części pakietów *assistance*, czy też ubezpieczenia związanego ze zwrotem kosztów leczenia, a także występują jako odrębne ubezpieczenie.

Ubezpieczenie to ma na celu pokrycie wydatków związanych z prowadzeniem akcji ratowniczej i poszukiwań w celu ratowania życia i zdrowia ubezpieczonego oraz udzielenia doraźnej pomocy lekarskiej na miejscu wypadku, np. koszty akcji ratowniczej na rzecz żeglarzy, którzy popadli w tarapaty na morzu, czy też osób, które zaginęły w górach. Do działań ratowniczych i poszukiwawczych zaangażowane są często duże zespoły wykwalifikowanych ratowników i używany jest specjalistyczny sprzęt. Koszty akcji ratowniczej mogą zatem osiągać wysokie kwoty. To ubezpieczenie jest więc szczególnie ważne w sytuacji wypoczynku na morzu czy w górach. Wtedy też należy przyjąć wysoki pułap sumy ubezpieczenia. Przykładowo koszt śmigłowca wezwanego do przetransportowania poszkodowanego w krajach Unii Europejskiej może sięgać kilku tysięcy euro, a koszty całej akcji ratowniczej są uzależnione od wielu czynników i mogą być znacznie wyższe.

5.9.6. Ubezpieczenie sprzętu sportowego i bagażu

Ubezpieczenie sprzętu sportowego (przedmiotów używanych podczas amatorskiego uprawiania sportu) i bagażu obejmuje ryzyko jego zniszczenia, uszkodzenia lub utraty w wyniku wypadku oraz innych zdarzeń losowych jak lawina, huragan, pożar czy powódź. W momencie ustalania sumy ubezpieczenia należy przede wszystkim brać pod uwagę wartość sprzętu i bagażu. Najczęściej zakres ochrony ubezpieczenia jest ograniczony do sytuacji, w których kradzież jest bardzo mało prawdopodobna, np. gdy bagaż znajduje się pod bezpośrednią opieką ubezpieczonego, został oddany do przechowalni bagażu, znajdował się w zamkniętym sejfie w hotelu itp. Przy wypłacie odszkodowania za skradziony sprzęt ubezpieczyciel może pomniejszyć świadczenie o stopień amortyzacji utraconej rzeczy. Najlepszym ubezpieczeniem jest takie, które w ramach odszkodowania umożliwia zakup sprzętu zbliżonego jakościowo do utraconego.

Ochrona ubezpieczeniowa często nie obejmuje pieniędzy w gotówce, papierów wartościowych, bonów towarowych, biletów, kart kredytowych, biżuterii, przedmiotów z metali i kamieni szlachetnych, dzieł sztuki, zbiorów kolekcjonerskich, instrumentów muzycznych, sprzętu komputerowego, sportowego, przyczep campingowych, broni, sprzętu medycznego, lekarstw, okularów, szkieł kontaktowych, przedmiotów w ilościach wskazujących na ich przeznaczenie handlowe.

Ponadto ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody:

- polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu bądź utracie rzeczy w związku z ich używaniem,
- powstałe wskutek kradzieży bez włamania lub z użyciem dorabianych kluczy,
- polegające wyłącznie na uszkodzeniu lub zniszczeniu bagażu,
- powstałe na skutek konfiskaty, zatrzymania lub zniszczenia przez służby celne lub inne władze.

5.9.7. Ubezpieczenie kosztów rezygnacji z uczestnictwa w wyjeździe lub wcześniejszego powrotu

Ubezpieczenie kosztów rezygnacji z uczestnictwa w wyjeździe gwarantuje rekompensatę wydatków poniesionych przez uczestnika w związku z wyjazdem (np. zaliczka, pierwsza rata wpłaty), w sytuacji gdy jest on zmuszony do rezygnacji z wyjazdu z powodu określonych zdarzeń. Tego typu ubezpieczenia mogą również obejmować zwrot kosztów za niewykorzystany okres wyjazdu związany z koniecznością powrotu ze wskazanych wyżej powodów. Oczywiście powody uniemożliwiające wyjazd bądź konieczność wcześniejszego powrotu należy odpowiednio i precyzyjnie udokumentować.

Szczegółowo określone przypadki, w których można skorzystać z tego ubezpieczenia, są precyzyjnie opisane w jego warunkach (OWU). Do przykładowych należą: poważne zachorowanie, ciężki wypadek, śmierć najbliższego krewnego lub współuczestnika podróży, kradzież lub utrata dokumentów uprawniających do wyjazdu za granicę, zwolnienie z pracy z przyczyn leżących po stronie pracodawcy lub rozpoczęcie pracy, które było poprzedzone okresem bezrobocia, czy też innego wypadku losowego stwarzającego po stronie ubezpieczającego konieczność pozostania w miejscu zamieszkania. W ramach tego ubezpieczenia można również zapewnić sobie zwrot kosztów za niewykorzystany okres wyjazdu, jeżeli ze wskazanych wyżej powodów nastąpiła konieczność wcześniejszego z niego powrotu.

5.9.8. Ubezpieczenie dla organizatorów turystyki

Należy również wspomnieć o ubezpieczeniu, które dotyczy podmiotów świadczących usługi z zakresu organizacji turystyki. Zgodnie z nowelizacją ustawy o usługach turystycznych organizator turystyki i pośrednik turystyczny są zobowiązani do zapewnienia klientom, na wypadek swojej niewypłacalności: pokrycia kosztów ich powrotu z imprezy turystycznej, zwrotu wpłat wniesionych tytułem zapłaty za imprezę turystyczną, a także zwrotu części wpłat wniesionych tytułem zapłaty za

imprezę turystyczną, odpowiadającą części imprezy turystycznej, która nie zostanie zrealizowana, przez:

- zawarcie umowy gwarancji bankowej lub ubezpieczeniowej lub
- zawarcie umowy ubezpieczenia na rzecz klientów lub
- przyjmowanie wpłat klientów wyłącznie na rachunek powierniczy.

Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu złożenia wniosku o wpis do rejestru organizatorów turystyki i pośredników turystycznych. Daty spełnienia obowiązku ubezpieczenia nie należy utożsamiać z datą zawarcia umowy ubezpieczenia, lecz z datą, z którą zakład ubezpieczeń świadczy już ochronę ubezpieczeniową wynikającą z umowy ubezpieczenia. Jeśli strony nie określiły, kiedy następuje początek ochrony ubezpieczeniowej, należy stosować zasady ogólne wynikające z art. 814 § 1 k.c. Obowiązek posiadania umowy ubezpieczenia dotyczy całego okresu wykonywania działalności przez organizatora turystyki i pośrednika turystycznego. Również w tym wypadku ustawodawca nakazuje zawarcie takiej umowy ubezpieczenia (czy raczej sukcesywne zawieranie wielu umów ubezpieczenia), by okres prowadzenia działalności przez organizatora turystyki lub pośrednika turystycznego w całości zawierał się w czasie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej przez zakład ubezpieczeń.

Pytania kontrolne

1. Jakie produkty ubezpieczeniowe są składowymi pakietów turystycznych?
2. Czy w pakietach ubezpieczeń turystycznych występują ubezpieczenia majątkowe, jeśli tak, to jakie?
3. Czy w pakietach ubezpieczeń turystycznych występują ubezpieczenia osobowe, jeśli tak, to jakie?
4. Na co należy zwrócić uwagę przy wyborze ubezpieczenia turystycznego?
5. Opisz ubezpieczenie dla biura podróży.
6. Pan Kowalski zawarł umowę ubezpieczenia (suma ubezpieczenia 20 tys. euro) przed wyjazdem na narty, poniżej zamieszono wypisy z OWU tego ubezpieczenia.
   1) AMATORSKIE UPRAWIANIE SPORTÓW EKSTREMALNYCH – amatorskie uprawianie następujących dyscyplin i aktywności sportowych: m.in. *free skiing* (narciarstwo poza wyznaczonymi trasami).
   2) W przypadku NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, gdy UBEZPIECZONY jest HOSPITALIZOWANY – CENTRUM OPERACYJNE pokrywa KOSZTY HOSPITALIZACJI i leczenia w szpitalu do 100% sumy ubezpieczenia. CENTRUM OPERACYJNE pokrywa KOSZTY HOSPITALIZACJI do wysokości sumy ubezpieczenia w zakresie „UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA I POMOCY W PODRÓŻY".

   Pan Kowalski umie już dobrze jeździć, więc przeciera nowe szlaki na stokach. Niestety w czasie takiej jazdy łamie nogę i jest transportowany do szpitala, w którym założono mu gips. Łączny koszt transportu i opieki medycznej to 7 tys. euro. Czy pan Kowalski otrzyma zwrot poniesionych kosztów?

5.10. Ubezpieczenia katastroficzne

G. Strupczewski

W niniejszym podrozdziale omówiono nowoczesne rozwiązania ubezpieczeniowe wykorzystywane na rynku światowym w odpowiedzi na rosnące zagrożenie ryzykiem katastroficznym – zarówno naturalnym, jak i antropogenicznym. Wychodząc od postawienia fundamentalnych pytań o ubezpieczalność tych rodzajów ryzyka, pokazano spectrum możliwych rozwiązań służących kompensacji negatywnych skutków zdarzeń katastroficznych, ze szczególnym uwzględnieniem roli państwa. Następnie przedstawiono najważniejsze instrumenty sekurytyzacji ryzyka katastroficznego (obligacje, kontrakty terminowe typu *futures* oraz swapy).

5.10.1. Ryzyko katastroficzne a ubezpieczenia

Ubezpieczenia katastroficzne są odpowiedzią rynku ubezpieczeń na stale rosnącą ilość i wartość szkód spowodowanych żywiołami (m.in. powodzie, huragany, trzęsienia ziemi, osuwanie ziemi, erupcje wulkanów, susza, gradobicie, pożar) lub działalnością człowieka (np. poważne awarie przemysłowe, pożary, skażenie środowiska naturalnego, masowe wypadki komunikacyjne, terroryzm)[52]. Osoby fizyczne, przedsiębiorstwa lub inne organizacje poszukujące ochrony na wypadek tych zdarzeń losowych znajdą ją bez problemu w produktach ubezpieczeniowych dostępnych na rynku. Jednak z reguły towarzystwa ubezpieczeń, chroniąc się przed nadmierną ekspozycją na **ryzyko katastroficzne** (tzn. wyróżniające się masowością i dotkliwością skutków, a w wielu przypadkach – niemożnością skutecznego zapobiegania), wprowadzają szereg ograniczeń zakresu oferowanego pokrycia (np. limity odpowiedzialności, wysokie franszyzy redukcyjne, wyłączenia odpowiedzialności, zalecenia techniczno-organizacyjne dot. przedmiotu ubezpieczenia), a niekiedy wręcz odmawiając ubezpieczenia określonego ryzyka.

Realizacja ryzyka katastroficznego stawia przed ubezpieczycielami wyzwania dwojakiego rodzaju [Lahidji, 2004, s. 46]:

- finansowe – wypłata odszkodowań wymaga znacznych środków finansowych dostępnych w stosunkowo krótkim czasie,
- operacyjne – kumulacja wielu roszczeń wymaga od ubezpieczyciela doskonałej organizacji pracy w zakresie likwidacji szkód na obszarach dotkniętych klęską (przyjęcie zgłoszeń, dokumentacja szkód, szacowanie i weryfikacja strat, wypłata odszkodowań).

[52] Corocznie publikowane dane dotyczące zdarzeń katastroficznych można znaleźć m.in. w raportach towarzystw reasekuracyjnych Swiss Re oraz Munich Re dostępnych na ich stronach internetowych, www.swissre.com oraz www.munichre.com.

Analizując przyczyny ograniczonej dostępności pokrycia ryzyka katastroficznego na rynku ubezpieczeń, należałoby zacząć od postawienia podstawowego pytania: czy ryzyko katastroficzne jest ubezpieczalne? Próbując odpowiedzieć na to pytanie, należałoby uwzględnić czynniki zebrane w tabeli 5.9.

Informacje zebrane w tabeli świadczą o poważnym dylemacie pojawiającym się na etapie konceptualizacji ubezpieczenia i underwritingu, czy jest możliwa asekuracja danego ryzyka katastroficznego. Problem ten jest widoczny nie tylko na poziomie indywidualnym, ale także krajowym i międzynarodowym.

Tabela 5.9. Wybrane kryteria ubezpieczalności ryzyka katastroficznego

Kryterium ubezpieczalności ryzyka	Specyfika ryzyka katastroficznego
1	2
Możliwość (w miarę) precyzyjnego oszacowania prawdopodobieństwa realizacji zdarzenia	Utrudnione wyznaczenie prawdopodobieństwa realizacji ryzyka przyrodniczego o określonej intensywności działania ze względu na: niedostatek danych historycznych, złożony charakter zjawisk przyrodniczych, niedoskonałość istniejących narzędzi prognostycznych, nasilające się efekty zmian klimatu
Jak najmniejszy poziom korelacji między różnego rodzaju ryzykiem w portfelu ubezpieczeń	Szkodowość wynikająca z katastrof naturalnych charakteryzuje się kumulacją szkód na relatywnie niewielkim obszarze
Potencjalne rozmiary szkód powinny się mieścić w zakresie pojemności akceptacyjnej ubezpieczyciela	Finansowe skutki największych zdarzeń katastroficznych mogą przewyższać możliwości kompensacyjne krajowego rynku ubezpieczeń, dlatego kluczowe znaczenie ma odpowiedni transfer ryzyka (reasekuracja klasyczna, ART)
Ryzyko ubezpieczane powinno charakteryzować się dużą częstością i niewielkimi rozmiarami pojedynczej szkody	Dzięki zastosowaniu prawa wielkich liczb ubezpieczyciel jest w stanie z dużą dokładnością oszacować przyszły poziom szkodowości swojego portfela, ryzyko katastroficzne cechuje się niskim prawdopodobieństwem, lecz znacznymi potencjalnymi stratami
Zjawisko asymetrii informacji polegające na tym, że zakład ubezpieczeń dysponuje mniejszym zasobem informacji na temat przedmiotu ubezpieczenia w porównaniu z ubezpieczonym, w efekcie wzrasta ekspozycja ubezpieczyciela na ryzyko selekcji negatywnej (nadreprezentacja w portfelu ubezpieczeń osób reprezentujących ponadprzeciętne ryzyko oraz równoczesny niedobór podmiotów o małym ryzyku) i hazardu moralnego	W przypadku ryzyka katastroficznego pewnym rozwiązaniem tego problemu jest jak największa powszechność ubezpieczeń danego rodzaju uzyskana przez wprowadzenie obowiązku ubezpieczenia

1	2
Możliwość oferowania ubezpieczenia po koszcie akceptowalnym dla uczestników rynku i jednocześnie z satysfakcjonującą dla ubezpieczycieli marżą zysku	W przypadku ubezpieczenia katastroficznego istnieje obawa, że jego wycena oparta wyłącznie na rachunku aktuarialnym byłaby w wielu przypadkach za wysoka, jednym z rozwiązań tego problemu jest tworzenie rozwiązań systemowych opartych na zasadzie partnerstwa publiczno-prywatnego, gdzie udział państwa jako gwaranta, współfinansującego składki ubezpieczeniowe lub reasekuratora ostatniej szansy, pozwala obniżyć koszty ubezpieczenia katastroficznego

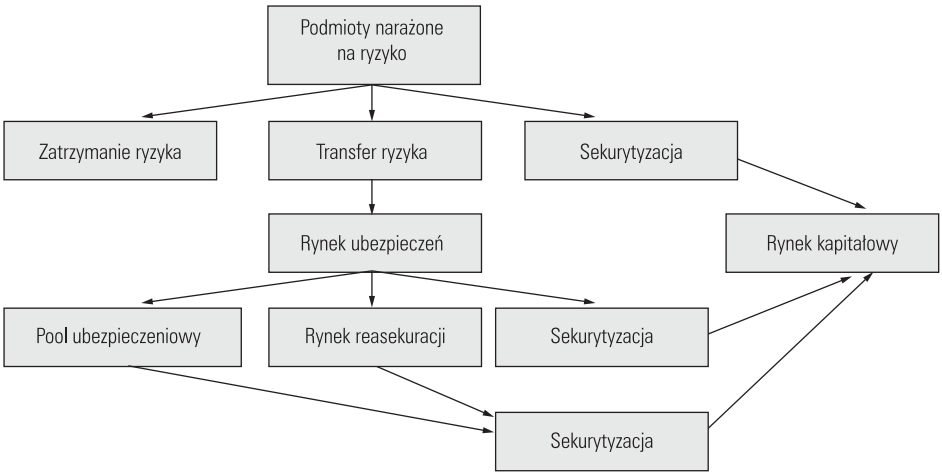
Źródło: opracowanie własne.

Przez **zarządzanie ryzykiem katastroficznym**, zgodnie z terminologią ISDR[53], będziemy rozumieć „usystematyzowany proces, decyzje administracyjne, organizację, działania operacyjne i zdolność wdrażania procedur, strategii oraz wykorzystania zasobów społeczeństw do osłabiania wpływu katastrof naturalnych, przemysłowych i ekologicznych" [UNISDR, 2009]. Proces ten składa się z trzech głównych etapów: przygotowania, reagowania i odbudowy, które graficznie przedstawiane są często w literaturze w formie zamkniętego cyklu, dla podkreślenia ciągłości i powtarzalności podejmowanych działań. Obejmuje zarówno działania techniczne (np. budowa wałów przeciwpowodziowych, zbiorników retencyjnych, polderów), jak i nietechniczne (np. organizacyjne, finansowe, edukacyjne, prawne), których celem jest uniknięcie lub ograniczenie wpływu zagrożeń [Strupczewski, 2008, s. 413].

Podmioty narażone na katastrofy mają do dyspozycji różne techniki zarządzania ryzykiem, takie jak: zatrzymanie, transfer i finansowanie, których wybór zależy m.in. od apetytu na ryzyko, przewidywanej roli państwa w kompensacji strat, poziomu zamożności, stopnia rozwoju rynków ubezpieczeń i reasekuracji oraz rynku kapitałowego (rys. 5.10).

Zakłady ubezpieczeń tworzą portfel rodzajów ryzyka katastroficznego (np. ryzyko przyrodnicze określonego rodzaju), który następnie mogą częściowo scedować na reasekuratora. W poszukiwaniu stabilizacji wskaźnika szkodowości portfela ryzyka oraz dodatkowej pojemności akceptacyjnej, towarzystwa ubezpieczeń oraz reasekuratorzy korzystają z instrumentów sekurytyzacji ryzyka ubezpieczeniowego, dzięki którym uzyskują dostęp do znacznych zasobów globalnego rynku kapitałowego. Z możliwości tych mogą również korzystać przedsiębiorstwa (zakładając np. zależne towarzystwo ubezpieczeń – tzw. *captive*) oraz rządy państw, które są aktywnymi uczestnikami programów ubezpieczeń katastroficznych (np. w formie poolu ubezpieczeniowego).

[53] International Strategy for Disaster Reduction – jest wyspecjalizowaną agendą ONZ do spraw działań na rzecz ograniczania skutków katastrof naturalnych, ekologicznych i przemysłowych.



Rysunek 5.10. Schemat możliwości decyzyjnych w zakresie transferu i finansowania ryzyka katastroficznego

Źródło: opracowanie własne.

Założenie narodowego poolu ubezpieczeniowego to metoda minimalizacji negatywnego wpływu katastrof naturalnych, która często umożliwia objęcie ochroną ryzyka dotychczas nieubezpieczalnego. Tworzy się wspólny fundusz ubezpieczeniowy zrzeszający zakłady ubezpieczeń w celu wspólnego pokrywania określonych rodzajów ryzyka. Wypłaty odszkodowań finansowane są ze składek przekazywanych przez członków funduszu. Ubezpieczenie oferowane przez *pool* może być obligatoryjne, a jego dystrybucję i obsługę roszczeń zapewniają z reguły lokalni ubezpieczyciele należący do poolu. *Pool* może wykorzystywać możliwości globalnego rynku reasekuracji, a także alternatywnego transferu ryzyka (sekurytyzacji). Instytucje międzynarodowe, takie jak Bank Światowy, wspierają powstawanie pooli ubezpieczeniowych przez doradztwo i pośrednictwo przy poszukiwaniu finansowania. Stosuje się także łączenie podobnych rodzajów ryzyka z kilku krajów regionu i łączne ich plasowanie na rynku ubezpieczeniowym [Andersen, 2002, s. 24]. Przykładem może być Turecki Pool Ubezpieczeń Katastroficznych – TCIP, który jest operatorem obowiązkowego ubezpieczenia budynków mieszkalnych od skutków trzęsienia ziemi.

5.10.2. Rola państwa w systemie ubezpieczeń katastroficznych

W odpowiedzi na systematycznie rosnącą skalę zniszczeń spowodowanych katastrofami naturalnymi oraz antropogenicznymi coraz więcej państw decyduje się na wprowadzanie rozwiązań systemowych opartych na metodzie ubezpieczeniowej,

służących finansowaniu ich negatywnych skutków. Wielość istniejących rozwiązań na świecie nie pozwala przyjrzeć im się indywidualnie. Jednak biorąc pod uwagę stopień zaangażowania państwa w sferę organizacji i regulacji programu ubezpieczeń, można wyróżnić następujące typy rozwiązań modelowych:

- ubezpieczenia katastroficzne oferowane przez komercyjne zakłady ubezpieczeń (zwykle dobrowolnie) bez udziału finansowego państwa (Niemcy, Wielka Brytania);
- ubezpieczenia katastroficzne oferowane przez komercyjne zakłady ubezpieczeń z finansowym udziałem państwa w postaci dotowania składek lub wypłat odszkodowań (stany Floryda i Północna Karolina w USA);
- obowiązkowe ubezpieczenia katastroficzne oferowane przez komercyjne zakłady ubezpieczeń z aktywną rolą państwa jako uczestnika rynku (np. powołanie wyspecjalizowanego publicznego towarzystwa ubezpieczeń, poolu ubezpieczycieli lub publicznego reasekuratora – Francja, Rumunia);
- ubezpieczenia katastroficzne oferowane przez państwową instytucję ubezpieczeniową bez udziału komercyjnych zakładów ubezpieczeń (ubezpieczenia od skutków trzęsienia ziemi – Kalifornia, Hiszpania);
- brak zorganizowanego, powszechnego programu ubezpieczeń i wynikająca stąd konieczność pomocy państwa po każdej klęsce żywiołowej (Polska).

Uogólniając, można zauważyć, że im wyższy stopnień upowszechnienia ubezpieczeń katastroficznych, tym mniejsze obciążenie państwa i samorządów lokalnych kosztami odbudowy i naprawy zniszczeń. Powszechność ubezpieczeń dzięki efektom skali i dywersyfikacji ryzyka może ponadto skutkować niższymi składkami ubezpieczeniowymi.

Niezależnie od przyjętych rozwiązań systemowych, rola państwa w minimalizowaniu skutków klęsk żywiołowych powinna polegać m.in. na:

- opracowaniu map terenów zagrożonych katastrofami naturalnymi,
- stanowieniu przepisów budowlanych i zagospodarowania przestrzennego, uwzględniających aspekt potencjalnych klęsk żywiołowych,
- organizowaniu i finansowaniu działań prewencyjnych (np. budowa zbiorników retencyjnych i wałów przeciwpowodziowych),
- edukacji i informowaniu o zagrożeniach,
- budowie i utrzymaniu systemów wczesnego ostrzegania przed potencjalnymi zagrożeniami,
- kreowaniu odpowiednich postaw społecznych wobec katastrof (np. świadomość zagrożeń, przezorność, zakup ochrony ubezpieczeniowej).

5.10.3. Sekurytyzacja i alternatywny transfer ryzyka katastroficznego

Przez **alternatywny transfer ryzyka** (*Alternative Risk Transfer* – ART) należy rozumieć wszelkie – inne niż klasyczne – formy ubezpieczeń i reasekuracji, a także inne techniki manipulacji ryzykiem, przy pomocy których finansowe skutki realizacji ryzyka zostają przeniesione na rynek kapitałowy. Na gruncie ART dochodzi zatem do konwergencji rynków ubezpieczeniowego, reasekuracyjnego i kapitałowego [*Alternative Risk…*, 1999, s. 3 i nast.]. Głównymi narzędziami zaliczanymi do ART są: sekurytyzacja, reasekuracja finansowa[54] oraz tworzenie zależnych towarzystw ubezpieczeń typu *captive* [Thlon, 2011, s. 55].

Decydującym impulsem do wszczęcia poszukiwań nowych źródeł finansowania szkód katastroficznych był huragan Andrew w 1992 roku, rekordowy pod względem wyrządzonych szkód (ok. 23 mld dol. strat ubezpieczeniowych) [*Natural catastrophes…*, 2007, s. 35]. Bezprecedensowe szkody spowodowane przez katastrofy naturalne w USA na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku skutkowały rewizją dotychczasowej polityki finansowania ryzyka przez ubezpieczycieli i reasekuratorów. Zwiększenie popytu na reasekurację zdarzeń ekstremalnych i dodatkową pojemność przełożyło się na wzrost cen reasekuracji na globalnym rynku. W ślad za wzrostem cen i rozbudzoną świadomością zagrożeń zwrócono się ku alternatywnym metodom zarządzania ryzykiem katastroficznym.

Za wyborem rynków kapitałowych jako celu transferu ryzyka ubezpieczeniowego przemawiają istotne argumenty. Łączne środki własne na globalnym rynku ubezpieczeniowym wynoszą szacunkowo 465 mld dol., podczas gdy dzienne wahania notowań globalnego rynku kapitałowego wynoszą średnio 75 mld dol. [Mutenga, Staikouras, 2007, s. 234]. Zdarzenie katastroficzne o podobnych skutkach zostałoby zatem bez problemu zaabsorbowane przez rynki kapitałowe, natomiast dla branży ubezpieczeniowej oznaczałoby daleko idące negatywne skutki, łącznie z bankructwem kilku najbardziej dotkniętych towarzystw, nie wspominając o długofalowych konsekwencjach, takich jak wzrost składek i ograniczenie dostępności ochrony. ART uzupełnia ofertę tradycyjnych ubezpieczeń i reasekuracji. Inwestorom na rynkach kapitałowych ART daje możliwość osiągnięcia ponadprzeciętnych zysków z inwestycji w instrumenty, których stopy zwrotu nie są skorelowane z innymi aktywami i pozwalają optymalizować portfele inwestycyjne.

Sekurytyzacja jest procesem zmierzającym do usunięcia wybranych aktywów, zobowiązań lub przepływów pieniężnych narażonych na ryzyko z bilansu organizacji i przeniesienia związanego z nimi ryzyka na osoby trzecie dzięki wykorzystaniu specjalnych instrumentów finansowych [Banks, 2005, s. 111]. Do najważniejszych

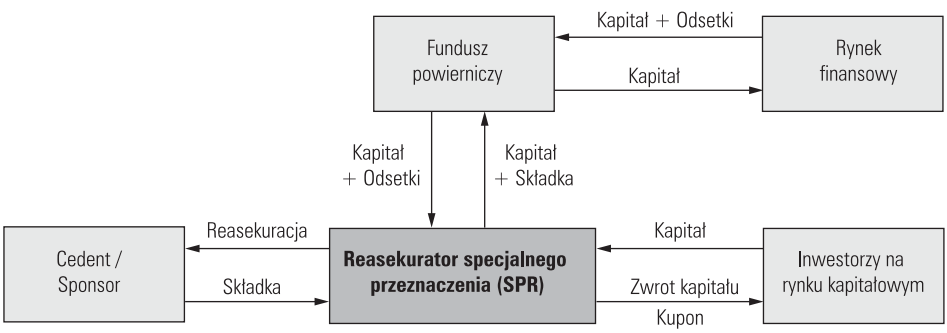
[54] Reasekuracja finansowa to umowa ograniczonego transferu ryzyka ubezpieczeniowego połączonego z elementami finansowania cedenta, mająca wieloletni horyzont czasowy oraz uwzględniająca wartość pieniądza w czasie i zyski inwestycyjne.

instrumentów wykorzystywanych w sekurytyzacji ryzyka katastroficznego zaliczamy: obligacje katastroficzne, futures katastroficzne oraz swapy katastroficzne[55].

Obligacje katastroficzne

Obligacje katastroficzne (*cat-bonds*) należą do najistotniejszych instrumentów sekurytyzacji ryzyka katastroficznego. Od pojawienia się pierwszych *cat-bonds* wyemitowanych w USA w 1997 roku do końca 2013 roku przeprowadzono 265 emisji pokrywających ryzyko o łącznej wartości ok. 20 mld dol. [*2013 Catastrophe Bond…*, 2014].

Sekurytyzacja za pomocą obligacji katastroficznych wymaga powołania specjalnej spółki celowej pełniącej rolę reasekuratora specjalnego przeznaczenia (*special purpose reinsurer* – SPR). Jej zadaniem jest przede wszystkim emisja i sprzedaż obligacji, a ponadto zawarcie umowy reasekuracyjnej z cedentem (zakładem ubezpieczeń lub reasekuratorem) i prowadzenie rozliczeń z funduszem wytypowanym do przechowywania i inwestowania zgromadzonego kapitału [Wyrobek, 2010, s. 256–265].



Rysunek 5.11. Struktura obligacji katastroficznych

Źródło: opracowanie własne.

Przychody z inwestycji kapitału wraz z wpłatami od cedenta przeznaczane są na periodyczne płatności kuponowe dla inwestorów. W dniu wykupu obligacji, jeżeli nie doszło do zdarzenia katastroficznego objętego ochroną, całość kapitału zostaje zwrócona inwestorom, a tym samym cała inwestycja w *cat-bonds* jest dla nich zyskowna. Jednak w razie wystąpienia określonego zdarzenia katastroficznego, w zależności od wcześniejszych ustaleń, inwestor traci całość lub część kuponu lub

[55] Szczegółowe omówienie instrumentów alternatywnego transferu ryzyka katastroficznego można znaleźć w: [Strupczewski, 2011].

wniesionego kapitału. Środki te SPR wypłaca cedentowi jako świadczenie reasekuracyjne (rys. 5.11).

Większość emisji obligacji przewiduje udział własny cedenta w szkodach oraz maksymalny pułap ochrony (wypłaty) w wyniku danego ryzyka. Tak więc nie jest regułą, że obligacje katastroficzne zapewniają cedentowi pełne pokrycie szkód. Najczęstszym ryzykiem będącym przedmiotem sekurytyzacji są trzęsienia ziemi i huragany w USA, Japonii i Europie.

Określenie momentu, w którym emitent obligacji katastroficznych nabywa prawo do wykorzystania zgromadzonego kapitału (tzw. *trigger*), jest kluczowym czynnikiem kształtującym mechanizm obligacji.

Na rynku występują obecnie cztery rodzaje triggerów:

- odszkodowawczy (punktem odniesienia jest łączna wysokość strat, którą ponosi konkretny cedent w wyniku zdarzenia katastroficznego),
- indeksowany (wykorzystanie kapitału z emisji obligacji, gdy wartość określonego indeksu strat – najczęściej dla całej branży ubezpieczeniowej na określonym obszarze, przekroczy umówiony poziom),
- parametryczny (realizacja obligacji zależy od fizycznych mierników opisujących dane zjawisko naturalne na określonym obszarze, bez odniesienia do wartości rzeczywistych strat),
- na bazie modelowanych strat (podstawą realizacji obligacji jest modelowana matematycznie wartość szkód, opierająca się na hipotetycznym portfelu ubezpieczeń).

Obligacje mogą być emitowane z gwarantowaną spłatą kapitału (*principle-protected*) bądź z kapitałem narażonym na ryzyko w całości lub części (*principle-at-risk*). W przypadku programu sekurytyzacji podzielonego na kilka transzy spotyka się obie te możliwości, dzięki czemu inwestorzy mogą wybrać poziom ryzyka i stopy zwrotu. Wystąpienie zdarzenia losowego powoduje wstrzymanie płacenia kuponu, a obligacje konwertowane są na zerokuponowe do czasu ich wykupu według wartości nominalnej [*Risk Transfer…*, 2001, s. 6].

Standardowy okres wykupu (*maturity*) wynosi jeden rok, jednak coraz częściej pojawiają się obligacje wieloletnie (2- do 5-letnie). Zapewniają one większą stabilność dla cedenta, jednak utrudnione staje się modelowanie matematyczne prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia losowego, co w niektórych przypadkach eliminuje możliwość wprowadzenia dłuższych okresów zapadalności.

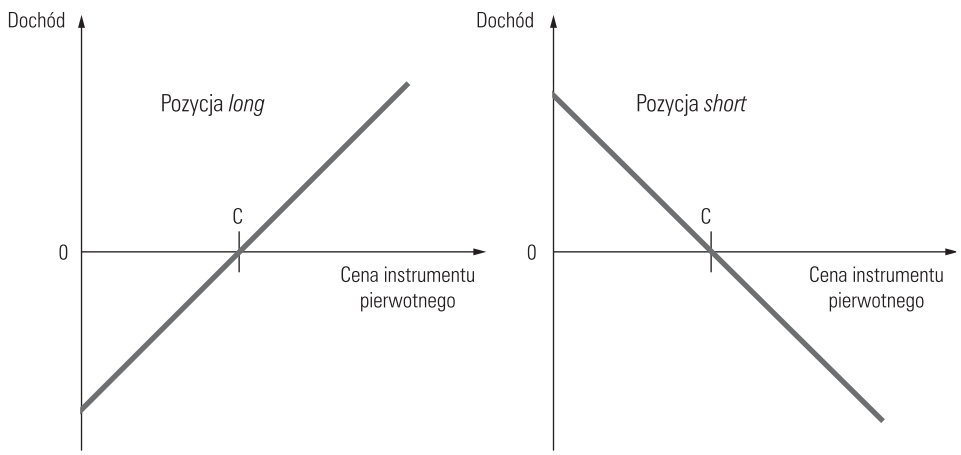
Katastroficzny kontrakt terminowy typu *futures*

Futures to terminowy kontrakt na dostawę przedmiotu kontraktu, który zobowiązuje dwie strony do zawarcia w przyszłości transakcji na warunkach określonych w kontrakcie. Wystawiający kontrakt przyjmuje pozycję krótką (*short position*) i zobowiązuje się do dostarczenia przedmiotu kontraktu w ustalonym terminie.

Nabywca kontraktu przyjmuje pozycję długą (*long position*) i zobowiązuje się do zapłacenia ustalonej ceny po dostarczeniu przedmiotu kontraktu. Przedmiot kontraktu pełni rolę instrumentu bazowego, pierwotnego. Obie strony przyjmują zobowiązanie i wiążące się z tym ryzyko, dlatego *futures* zaliczany jest do instrumentów o symetrycznym podziale ryzyka [Jajuga, Jajuga, 1999, s. 207 i nast.].

Na rysunku 5.12 przedstawiono kształtowanie się dochodu z kontraktu *futures* w pozycji długiej i krótkiej. W pozycji długiej, gdy cena bieżąca instrumentu pierwotnego jest wyższa niż C, inwestor uzyskuje dochód równy różnicy między dwiema cenami. Jednak gdy cena bieżąca nie osiągnęła spodziewanego pułapu C, to wtedy nabywca kontraktu ponosi stratę. W pozycji krótkiej opisane relacje kształtują się odwrotnie.

Futures występują w obrocie giełdowym, wobec czego cechują się wysokim stopniem standaryzacji. W szczególności dotyczy to ceny, która ustalana jest w ofercie publicznej. Regulamin giełdy określa takie parametry, jak ilość i terminy wykonania kontraktów, co przyczynia się do zwiększenia ich płynności.



C – cena kontraktu *futures* (np. wartość indeksu strat)

Rysunek 5.12. Dochody z kontraktu *futures* – pozycja długa i krótka

Źródło: [Jajuga, Jajuga, 1999, s. 208–209].

Kontrakty *futures* mogą być wystawiane na różne instrumenty finansowe, np. waluty obce, obligacje i inne oprocentowane walory, indeksy rynku, jak również na towary materialne. W przypadku *futures* katastroficznych (*CAT futures*) indeksem bazowym będzie krajowy lub regionalny indeks strat.

Przykładowo, na amerykańskiej giełdzie CME (Chicago Mercantile Exchange) dostępne są 2 rodzaje *CAT futures* na huragany nawiedzające atlantyckie wybrzeże USA: kontrakt obejmujący wszystkie huragany w danym roku oraz kontrakt na

największy huragan w danym roku. Indeksem bazowym dla tych kontraktów jest indeks CHI (*Carvill Hurricane Index*), mierzący siłę huraganu wyrażoną przez prędkość wiatru i średnicę pola rażenia. Rozliczenie następuje w trzy dni po przejściu huraganu, w ten sposób, iż wartość jednego punktu indeksu mnożona jest przez 1000 dol. Notowania prowadzi się dla 9 obszarów geograficznych USA – na podstawie [CME *Hurricane*…, 2014].

Swap katastroficzny

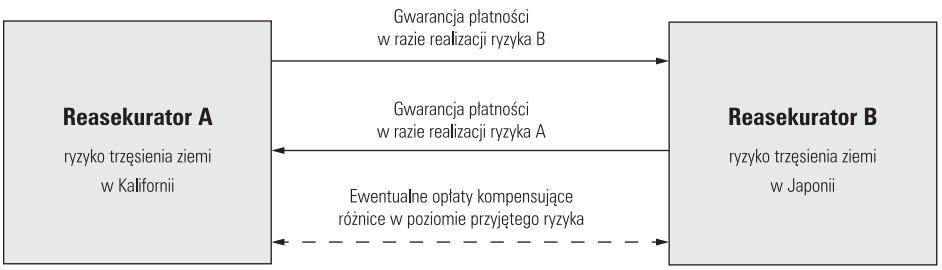
Swap to symetryczna transakcja pozagiełdowa, w której strony jednorazowo lub okresowo wymieniają się płatnościami, których wysokość uzależniona jest od różnych parametrów rynkowych (przyszła relacja między parametrami nie jest znana w dniu zawarcia umowy) [Zaleska (red.), 2007, s. 479]. W zawarciu swapu pośredniczy inna instytucja finansowa, tzw. dealer swapu. Zamiana płatności jest tak skonstruowana, że zyskują na niej obie strony oraz pośrednik [Mynarski, 1999, s. 8]. Swapy mogą dotyczyć różnych form płatności (np. swap procentowy, walutowy, towarowy, akcyjny).

Swap katastroficzny (*cat-swap*) jest umową między dwoma stronami narażonymi na różne rodzaje ryzyka katastroficznego. Dokładnie precyzuje, jakie zdarzenie uruchamia strumień płatności, określa rodzaj i wartość progową triggera (podobnie do *cat-bonds*), maksymalną kwotę wypłaty i sposób jej podziału w zależności od intensywności zdarzenia losowego, okres obowiązywania umowy (od jednego roku do kilku lat). Dany swap może dotyczyć jednego lub więcej rodzajów ryzyka. Jeżeli łączne oczekiwane straty obu stron kontraktu są równe, to wtedy nie występują żadne dodatkowe płatności związane z jego zawarciem. W przeciwnym razie konieczna jest rekompensata za ponoszenie wyższego ryzyka przez jedną ze stron [Cummins, 2007, s. 11].

Funkcję dealera swapu czasem pełni reasekurator, jednak w większości przypadków *cat swaps* zawierane są bezpośrednio między zainteresowanymi podmiotami, którymi mogą być ubezpieczyciele i reasekuratorzy. Znalezienie partnera kontraktu ułatwia wirtualna giełda ryzyka CATEX (*Catastrophic Risk Exchange*), która pełni rolę publicznej tabeli ofert i dostarczyciela systemu transakcyjnego. Więcej na [www.catex.com].

Główną zaletą cat-swapów jest możliwość dywersyfikacji portfela ryzyka przy stosunkowo niskich kosztach transakcyjnych. Słabymi stronami są: możliwość błędu przy kalkulacji ryzyka będącego przedmiotem wymiany, wysokie ryzyko bazowe (związane w rodzajem triggera) i kredytowe (potencjalna niewypłacalność partnera swapowego). Minimalizacja ryzyka kredytowego jest możliwa przez zabezpieczenie transakcji przez uznanego reasekuratora lub bank inwestycyjny, jednak wiąże się to z dodatkowymi kosztami [Grandi, Müller, 1999, s. 11].

Przykładowo, reasekurator A wymienia całość lub część ryzyka trzęsienia ziemi w Kalifornii za takie samo ryzyko w Japonii (rys. 5.13). W razie wystąpienia zdarzenia o odpowiedniej sile na ustalonym obszarze (np. w Japonii) partner A wypłaca umówioną kwotę płatności, która pokryje roszczenia odszkodowawcze ciążące na reasekuratorze B.



Rysunek 5.13. Swap katastroficzny

Źródło: [Cummins, 2007, s. 34].

Słowa kluczowe

- Alternatywny transfer ryzyka
- *Futures* katastroficzny
- Obligacje katastroficzne
- *Pool* ubezpieczeń
- Sekurytyzacja
- Swap katastroficzny
- Ubezpieczenie katastroficzne
- Zarządzanie ryzykiem katastroficznym

Pytania kontrolne

1. Omów problematykę ubezpieczalności ryzyka katastroficznego.
2. Na czym polega zarządzanie ryzykiem katastroficznym?
3. Jak można wykorzystać *pool* ubezpieczeń w zarządzaniu ryzykiem katastroficznym?
4. Scharakteryzuj rolę państwa w różnych systemach ubezpieczeń katastroficznych.
5. Na czym polega i kiedy powstała koncepcja alternatywnego transferu ryzyka?
6. Scharakteryzuj obligacje katastroficzne.
7. W jaki sposób wykorzystuje się kontrakt terminowy *futures* do sekurytyzacji ryzyka katastroficznego?
8. Jakie są wady i zalety swapów katastroficznych?

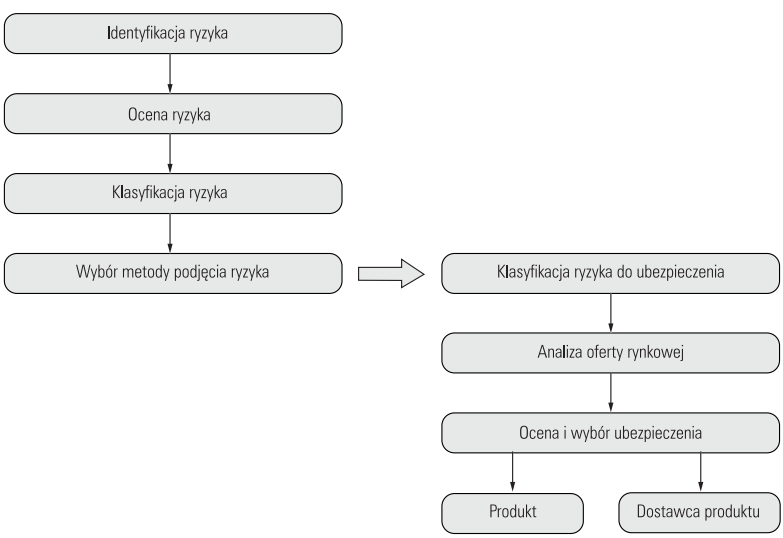
5.11. Ocena i wybór produktów ubezpieczeniowych

I. Kwiecień

W podrozdziale tym omówiono aspekty związane z procesem wykorzystania ubezpieczenia w procesie zarządzania ryzykiem. Jego istotnym etapem po analizie ryzyka jest bowiem dokonanie wyboru produktu. Wskazane zostały kryteria, jakie należy wziąć pod uwagę, przy czym praktyczna aplikacja wymaga, co oczywiste, uwzględnienia profilu ryzyka podmiotu poszukującego ochrony oraz specyfiki produktów, która została nakreślona w poprzednich podrozdziałach.

5.11.1. Ubezpieczenia w procesie zarządzania ryzykiem

Punktem wyjścia do oceny i wyboru produktu ubezpieczeniowego jest ocena ryzyka i ustalenie zakresu potrzeb podmiotu poszukującego ochrony. W zależności od rodzaju podmiotu, specyfiki profilu ryzyka, świadomości i postaw w zakresie kultury zarządzania ryzykiem, ustalenie potrzeb dokonywane jest w mniej lub bardziej zaawansowanym procesie analizy ryzyka, będącym etapem **procesu zarządzania ryzykiem**[56]. Uproszczony schemat procesu zarządzania ryzykiem i wyboru ubezpieczenia w tym procesie przedstawia rysunek 5.14.



Rysunek 5.14. Proces zarządzania ryzykiem i wyboru ubezpieczenia

Źródło: opracowanie własne.

[56] Szczegółowo na ten temat m.in.: [Kwiecień, 2010; Monkiewicz, Hadyniak, 2010].

Identyfikacja zmierza do ustalenia obszarów i źródeł zagrożenia, ocena – do ustalenia, jaki jest rozmiar potencjalnych strat w konsekwencji realizacji ryzyka i jakie jest (w przybliżeniu) prawdopodobieństwo jego realizacji. Pozwala to na dokonanie klasyfikacji i rozważenie, jaka postawa zostanie przyjęta przez podmiot zagrożony, jakimi metodami ryzyko może zostać podjęte. Niekiedy istnieje przymus w zakresie wykorzystania określonej metody (np. obowiązek ubezpieczenia), a wykorzystanie określonej metody warunkowane jest także specyfiką zarówno metody, jak i ryzyka (w przypadku ubezpieczenia – ryzyko musi mieć cechy tzw. ryzyka ubezpieczalnego – por. uwagi we wcześniejszych rozdziałach).

5.11.2. Kryteria oceny ubezpieczenia jako metody zarządzania ryzykiem

Metody podjęcia ryzyka podlegają ocenie, przy czym podstawowe kryteria tej oceny to – jak w przypadku zakupu innych produktów – **jakość i cena**.

Jakość metody podjęcia ryzyka w istocie wyznaczana jest przez jej skuteczność. O skuteczności stanowić będzie poziom redukcji zagrożenia (oddziaływanie prewencyjne w celu uniknięcia realizacji ryzyka lub minimalizacji potencjalnych strat w razie realizacji) oraz poziom kompensacji doznanych strat (lub potrzeb). Jakkolwiek ubezpieczenie stanowi instrument, który pełni również funkcje prewencyjne, w procesie oceny i wyboru produktu najistotniejsze jest odniesienie do funkcji kompensacyjnej (choć inne dodatkowe korzyści także powinny być brane pod uwagę). W tym ujęciu skuteczność wyznaczana będzie przez pełność i pewność kompensacji doznanych strat – te zaś determinowane są przez zakres ochrony ubezpieczeniowej oraz podmiot zobowiązany do jej realizacji (świadczenia).

Zakres ochrony wyznaczany jest przez szereg warunków umownych, określających przede wszystkim takie elementy (istotne z punktu widzenia produktów działu II), jak:

- przedmiot ochrony,
- zdarzenia i postaci szkody objęte ubezpieczeniem,
- zakres świadczeń, w tym świadczeń dodatkowych,
- wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela,
- sposób likwidacji szkody.

Istotny jest zakres dopasowania tych elementów do zidentyfikowanych potrzeb podmiotu poszukującego ochrony, a także ich jakość. Ocenie zatem podlegać muszą zarówno standardowe ogólne warunki ubezpieczenia, jak i elementy modyfikowane w toku negocjacji lub jednostronnie przez ubezpieczyciela. Wymaga to skrupulatnej analizy zapisów umownych, gdyż w praktyce powołane elementy, szczegółowo przez ubezpieczycieli precyzowane, w konkurencyjnych produktach różnią się definicjami tych samych zdarzeń, elementami zakresu, stosowanymi konstruk-

cjami podstawowymi. Używane są wyliczenia przykładowe (np. *sporty ryzykowne to sporty w rodzaju…*) lub enumeratywne (np. *sporty ryzykowne to…*). Ponadto produkty mają budowę modułową, zawierają klauzule rozszerzające lub zawężające zakres ochrony, opcje zakresu do wyboru, warianty dotyczące poszczególnych elementów, np. zdarzeń, systemów odpowiedzialności, podstawy ustalenia sumy ubezpieczenia, czy też sposobu ustalenia świadczeń. Instrument ochronny stanowi zasada interpretacji zapisów niejasnych na korzyść ubezpieczonego czy uprawnionego, niemniej ocena utrudniona jest przez fakt, że dokonywana jest *a priori*, przed realizacją ryzyka, co wymaga pewnej próby przewidzenia przyszłości i znaczenia poszczególnych warunków.

Ocenie powinny podlegać dodatkowe świadczenia oferowane w ramach produktu, np. usługi *assistance*, ochrona prawna, usługi w zakresie zarządzania roszczeniami (*claims management*).

W ocenie jakości ubezpieczenia nie można pomijać znaczenia dostawcy produktu jako podmiotu, który wykonuje umowę ubezpieczenia, świadczy usługi sprzężone z produktem ubezpieczeniowym. Ocenie podlega zatem:

- jakość świadczenia usług – dostępność, w tym kanały komunikacji, profesjonalizm merytoryczny, wsparcie w analizie ryzyka, elastyczność w negocjacjach, polityka i rzetelność w procesie likwidacji szkody;
- pozycja rynkowa – istotna z punktu widzenia przyszłej stabilności, ale także realizacji funkcji w postaci zwiększenia wiarygodności w efekcie plasowania ryzyka w konkretnym zakładzie ubezpieczeń; pozycja uwzględnia zarówno elementy obiektywne takie jak struktura własnościowa, udziały w rynku, wyniki finansowe, jak i elementy subiektywne w postaci opinii;
- kondycja finansowa – obejmuje elementy istotne z punktu widzenia przyszłej wypłacalności, jak kapitały, wyniki, udział i jakość reasekuracji, przy czym mają one także wpływ na bieżącą politykę w zakresie np. likwidacji szkód; kondycja jest przedmiotem nadzoru, ocena w praktyce dokonywana jest raczej z punktu widzenia dużych podmiotów, brokerów ubezpieczeniowych, na podstawie własnych analiz, ratingów czy też ocen organów nadzoru.

Drugim obok jakości elementem podstawowym w procesie oceny i wyboru ubezpieczenia jest **cena**. W przypadku ubezpieczenia jest ona pojęciem złożonym, gdyż **koszty ubezpieczenia** wyznaczane są przez:

- składkę ubezpieczeniową – przy czym ocenie powinna podlegać składka z uwzględnieniem zniżek i zwyżek, sposobów jej rozliczenia (przy składce depozytowej), premii za bezszkodowy przebieg ubezpieczenia, czy też konieczność zapłaty dodatkowej składki w przypadku np. prolongaty okresu ochrony (np. w ubezpieczeniach budowlanych), zmiany wartości przedmiotu ubezpieczenia czy po wypłacie odszkodowania (w związku z konsumpcją sumy ubezpieczenia);

- dodatkowe koszty w postaci:
  - kosztów koniecznych zabezpieczeń, stanowiących warunek ochrony (np. obowiązek instalacji alarmu przy ubezpieczeniu autocasco),
  - kosztów retencji (udział własny, franszyza redukcyjna lub integralna, niedoubezpieczenie, w tym także w połączeniu z proporcjonalnym systemem odpowiedzialności, zaniżone odszkodowania),
  - kosztów dochodzenia roszczenia z ubezpieczenia (obejmujące elementy wymierne jak nakłady na ustalenie szkody, opłaty w postępowaniu sądowym oraz niewymierne jak czas).

Strukturę ostatecznych kosztów oraz samej kalkulacji składki i jej rozliczenia utrudnia proces oceny kosztów. Niektóre elementy nie mogą być oceniane *a priori* lub oceniane są z dużą trudnością, jak choćby koszty dochodzenia roszczenia czy ostateczne koszty retencji. W praktyce ubezpieczający ma pewien wpływ na kształtowanie kosztów. Pomijając negocjacje co do ceny, może się to odbywać przez:

- ustalenie zakresu ochrony na poziomie potrzeb – w zakresie zdarzeń, klauzul dodatkowych i adekwatności sumy ubezpieczenia czy sublimitów;
- ustalenie odpowiedniego poziomu retencji – przez wykorzystanie ograniczeń technicznych (udział własny, franszyza, ubezpieczenia na pierwsze ryzyko), co z jednej strony wpływa na składkę, ale z drugiej zwiększa ewentualne obciążenie w razie szkody;
- ubezpieczenia zbiorowe lub plasowanie programu ubezpieczeń w jednym zakładzie ubezpieczeń, co zazwyczaj uprawnia do dodatkowej zniżki, zwiększa siłę w negocjacjach, zapewnia oszczędności administracyjne;
- zastosowanie i utrzymywanie systemów zabezpieczeń technicznych i informacyjnych oraz wykorzystanie odpowiedniej technologii, np. używanie ognioodpornych materiałów, stosowanie określonych standardów w konstrukcji i remontach budynków, korzystanie z usług profesjonalnych wykonawców, którzy będą odpowiedzialni za zapewnienie zgodności prac z wymogami prawa, szkolenie personelu.

Niektóre z tych sposobów mają bezpośrednie przełożenie na bieżący koszt ubezpieczenia, inne prowadzą w efekcie do poprawienia profilu ryzyka i zmniejszenia kosztów w przyszłości.

Wybór ubezpieczenia i zawarcie umowy nie powinny stanowić etapu końcowego w podejściu do ryzyka. Konieczne jest bowiem monitorowanie ryzyka i modyfikowanie ochrony w razie potrzeby oraz reagowanie na ewentualne konsekwencje w jej zakresie w wyniku wypłaty świadczenia w razie realizacji ryzyka.

Słowa kluczowe

- Jakość produktu ubezpieczeniowego
- Koszty ubezpieczenia
- Zarządzanie ryzykiem

Pytania kontrolne

1. Jakie znaczenie ma proces zarządzania ryzykiem dla wyboru produktu ubezpieczenia?
2. Co się składa na koszty ubezpieczenia?
3. Jak można kształtować koszty ubezpieczenia z punktu widzenia nabywcy produktu?

6 Ubezpieczenia społeczne i emerytalne

6.1. Systemy zabezpieczenia społecznego – organizacja i rozwój

M. Kawiński

Zabezpieczenie społeczne jest koncepcją, która swój początek bierze z pomocy społecznej oraz ubezpieczeń społecznych. Wraz z postępującymi w XIX wieku zmianami społeczno-ekonomicznymi, głównie rewolucją przemysłową, masową migracją ze wsi do miast i w konsekwencji zwiększeniem części społeczeństwa wyłączonej z tradycyjnych form zabezpieczenia na wypadek zdarzeń losowych (klasycznych instytucji pomocowych takich jak rodzina, społeczność lokalna czy organizacje cechowe), państwo zostało przymuszone do organizacji systemów zapobiegających ubóstwu. W ramach tych działań na przełomie XIX i XX wieku w krajach uprzemysłowionych zaczęły być tworzone powszechnie systemy zabezpieczenia społecznego. W XX wieku zakres zabezpieczenia społecznego uległ znacznemu rozszerzeniu, zarówno pod względem wskaźnika penetracji (procent populacji objętej zabezpieczeniem społecznym), modeli finansowania, jak również rodzajów świadczeń. Z czasem koncept zabezpieczenia społecznego wyodrębnił się i obecnie definiowane jest ono jako „całokształt urządzeń publicznych zapewniających ochronę przed niedostatkiem" [Piotrowski, 1966, s. 14].

6.1.1. Geneza modeli zabezpieczenia społecznego

Pierwszym powszechnym systemem zabezpieczenia społecznego, którego koncepcja jest kontynuowana po dziś dzień, jest system powstały w Niemczech pod koniec XIX wieku[1]. System niemiecki powstał w celu uspokojenia rewolucyjnych nastrojów oraz przeciwdziałania szerzeniu się idei socjalistycznych wśród robotników i obejmował fundusz rentowy, chorobowy, emerytalny. Bazował on na idei ubezpieczenia społecznego. Element ubezpieczeniowy oznaczał, że uprawnienie wynikało z faktu uczestnictwa we wspólnocie ubezpieczeniowej i opłacania składek. Natomiast charakter społeczny wprowadzał współodpowiedzialność za funkcjonowanie ubezpieczeń społecznych. Decyzje kierunkowe były podejmowane przez reprezentantów pracowników, pracodawców i państwo, dlatego koncepcja ma charakter społeczny, nie zaś państwowy. Przymus uczestnictwa dotyczył pracowników poniżej określonego pułapu przychodów. Z uwagi na status materialny osób objętych ubezpieczeniem ciężar finansowania składek został rozłożony na pracowników, pracodawców i państwo.

Kolejnym istotnym elementem w rozwoju koncepcji systemu zabezpieczenia społecznego było utworzenie w Wielkiej Brytanii systemu zaopatrzeniowego wg pomysłu Beveridge'a, który zaproponował stworzenie powszechnego standardowego zestawu świadczeń społecznych finansowanych z podatków[2]. Miało to na celu ochronę przed zdarzeniami losowymi i zapobieganie ubóstwu przez gwarancje dochodów. Uprawnienie do świadczeń miało charakter obywatelski (niezbywalne prawo obywatelskie) i nie było uwarunkowane partycypowaniem w jego finansowaniu. Standard świadczeń zapewniał określone minimum, jednocześnie państwo zachęcało do indywidualnej zapobiegliwości.

Zgoła odmienny charakter miały systemy zabezpieczenia społecznego powstałe w krajach skandynawskich. Charakteryzuje je szeroki zakres świadczeń i usług socjalnych z zaakcentowaniem zasady egalitaryzmu, mobilności społecznej i aktywności ekonomicznej. Zabezpieczenie społeczne realizowane w krajach skandynawskich ma charakter uniwersalny, jednocześnie zapewniając standard istotnie wyższy od minimalnego. Również w tym przypadku model ten ewoluował w czasie.

[1] Do pewnego stopnia jako prekursora zabezpieczenia społecznego można uznać instytucję prawa ubogich, które powstało w 1601 r. w Anglii i miało na celu pomoc wybranym osobom w potrzebie. Warto wspomnieć, że inne formy pomocy instytucjonalnej istniały w Anglii już wcześniej.

[2] Sam raport, który stał się podstawą do wdrożenia koncepcji, powstał w 1942 r. Wcześniej w 1935 r. w Stanach Zjednoczonych weszła w życie ustawa ustanawiająca zabezpieczenie społeczne. Należy jednak podkreślić, że reforma Beveridge'a zastąpiła bieżące rozwiązania, natomiast w Stanach Zjednoczonych wcześniej nie było powszechnych rozwiązań instytucjonalnych.

6.1.2. Modele polityki społecznej

Zabezpieczenie społeczne formalnie wchodzi w zakres polityki społecznej[3], a wyróżnia je dominacja państwa, które jest głównym podmiotem[4]. Polityka społeczna natomiast nie jest przypisana jedynie do państwa i może być prowadzona również przez inne podmioty[5]. W przypadku zabezpieczenia społecznego główne funkcje należą do państwa. Wśród tych funkcji można wyróżnić: inicjowanie, organizowanie i (współ)finansowanie świadczeń i usług społecznych[6].

Historycznie ukształtowane systemy dały początek teoretycznym modelom oraz znalazły swoje miejsce w typologiach polityki społecznej, które należy przywołać przy opisywaniu zabezpieczenia społecznego, będącego formalnie główną częścią polityki społecznej.

Jedną z najbardziej rozpowszechnionych jest typologia Esping-Andersena, który wyróżnia 3 modele (reżimy) (tab. 6.1) różniące się: zakresem odpowiedzialności (jednostki, rodziny, wspólnoty terytorialnej lub zawodowej oraz państwa); zakresem niwelowania różnic społecznych; konstrukcją instytucjonalną; poziomem świadczeń społecznych oraz udziałem wydatków na zabezpieczenie społeczne w PKB[7].

W modelu liberalnym państwo zapewnia jedynie podstawową sieć bezpieczeństwa socjalnego (*safety net*). Przyjmuje się, że jednostka sama jest przede wszystkim odpowiedzialna za swój los i zapewnienie odpowiednich warunków życia, głównie poprzez uczestnictwo w rynku pracy. Dlatego zabezpieczenie społeczne ma ograniczony zakres i jest kierowane wyłącznie do osób, które z różnych względów nie mogą same sobie zapewnić minimalnych warunków egzystencji. Świadczenia socjalne są przyznawane głównie na podstawie testowania majątku (*means-testing*) i wiążą się ze stygmatyzacją, co ma za zadanie skłonić jednostki do aktywności,

[3] Politykę społeczną określa się jako naukę, która „(…) bada (…) zmiany zachodzące w strukturze społecznej pod wpływem celowej działalności grup społecznych oraz ciał publicznych i szuka sposobów najbardziej celowego przeprowadzenia tych zmian" [Krzeczkowski, 1930, s. 22].

[4] W języku angielskim (brytyjskim) polityce społecznej odpowiada ogólnie termin *social policy*, natomiast zabezpieczeniu społecznemu *social security*.

[5] Kryzys finansowy zapoczątkowany w 2008 r. pokazał, że państwo lub wręcz związek państw (Unia Europejska) jest nadal jedynym gwarantem stabilności (aczkolwiek wśród ekonomistów nie brakowało przeciwników daleko posuniętego interwencjonizmu państwowego). Należy jednak zauważyć, że zakres działań państwa w ramach prowadzonej polityki jest ograniczony funkcjonowaniem instytucji o charakterze prywatnym. Państwo, zezwalając na funkcjonowanie takich podmiotów, zgadza się jednocześnie na współtworzenie przez nie określonej polityki, nie zawsze zgodnej z postulatami głoszonymi przez sprawujących rządy. Rezultaty prób regulowania prawie wszystkich aspektów funkcjonowania państwa znamy na przykładzie gospodarki planowej, realizowanej w Polsce przed 1989 r. Głębokie działania korekcyjne, wdrażane obecnie, mają charakter tymczasowy. Dlatego doceniając wyjątkową rolę państwa, należy zauważyć, że nie jest ono jedynym podmiotem prowadzonej polityki.

[6] Obecnie można się spotkać z terminem „dozabezpieczenie", czyli finansowanie produktów i usług uzupełniających standard zapewniany przez system zabezpieczenia społecznego.

[7] Inne klasyfikacje warte wspomnienia stworzyli: N. Furniss, D. Tilton, R. Titmuss oraz T. Szumlicz.

m.in. na rynku pracy. Zabezpieczenie społeczne nie służy korygowaniu nierówności wywołanych przez rynek. Kraje, które mają zbliżone systemy zabezpieczenia społecznego, to USA i Australia.

Model korporacyjny, zwany również konserwatywno-korporacyjnym, wywodzi się z idei pomocniczości, która uznaje, że główna odpowiedzialność za pomyślność jednostek spoczywa na rodzinie i wspólnotach niższego rzędu. Zabezpieczenie społeczne jest oparte na zasadzie wzajemności i realizowane przez ubezpieczenia społeczne, które wprowadzają, przynajmniej częściowo, zasadę adekwatności (uzależnienie poziomu świadczeń od wysokości wnoszonych składek). System zabezpieczenia społecznego nie dąży do niwelowania różnic. Ubezpieczenia są organizowane w ramach porozumień pracodawców i pracobiorców z udziałem państwa, wskazując na istnienie wzajemnych zobowiązań w gospodarce. Kraje, które mają zbliżone systemy zabezpieczenia społecznego, to Austria, Belgia, Niemcy i Francja.

Model socjaldemokratyczny, bliski koncepcji praw społecznych, stara się wpłynąć na zrównanie statusu obywateli przez objęcie wszystkich świadczeniami społecznymi o zbliżonym standardzie, wyższym od minimalnego. Dostęp do świadczeń ma charakter uprawnienia obywatelskiego. W modelu tym większość programów i instytucji jest organizowanych i administrowanych przez państwo, co skutkuje wysokim udziałem wydatków socjalnych w PKB. Najbliższe modelu socjaldemokratycznego są systemy krajów skandynawskich.

Tabela 6.1. Zbiorcze podsumowanie cech reżimów opiekuńczych wg Esping-Andersena

Wyszczególnienie	Cechy reżimów		
	Liberalny	Socjaldemokratyczny	Konserwatywny
Rola rodziny/gospodarstwa domowego	marginalna	główna	marginalna
Rola rynku	główna	marginalna	marginalna
Rola państwa	marginalna	pomocnicza	główna
Państwo opiekuńcze			
Dominujący model solidarności	indywidualny	uniwersalny	pokrewieństwo, korporatyzm, etatyzm
Dominujące miejsce ulokowania solidarności	rynek	państwo	rodzina
Poziom odtowarowienia	minimalny	maksymalny	wysoki dla żywiciela rodziny
Przykład kraju	Stany Zjednoczone	Szwecja, Dania, Finlandia	Niemcy, Włochy

Źródło: [Esping-Andersen, 2010, s. 108].

6.1.3. Trendy w systemach zabezpieczenia społecznego

Obecny kształt zabezpieczenia społecznego powstał w wyniku przemian, jakie dokonały się w krajach rozwiniętych po II wojnie światowej. Od lat pięćdziesiątych XX wieku do momentu wystąpienia kryzysu paliwowego (1973 r.) mówi się o złotym okresie zabezpieczenia społecznego (*golden age*). Wówczas w krajach rozwiniętych zwiększano istotnie wskaźnik penetracji oraz standard (tj. zakres i wysokość) świadczeń (rys. 6.1). Również kraje rozwijające się były zachęcane przez instytucje, takie jak Międzynarodowa Organizacja Pracy (MOP), do zwiększenia zaangażowania finansowego w system zabezpieczenia społecznego. Brak systemu zabezpieczenia społecznego uważany jest za poważną przeszkodę dla rozwoju społecznego i ekonomicznego. Funkcjonowanie systemu zabezpieczenia społecznego sprzyja bowiem stabilizacji sytuacji makroekonomicznej, ze szczególnym uwzględnieniem rynku pracy, zagregowanego popytu, co jest niezwykle istotne w czasie kryzysów. Nie bez znaczenia jest również wzmocnienie i stabilizacja zrównoważonego wzrostu, zapobieganie ubóstwu oraz rozwiązywanie kwestii związanych z nierównościami[8].

Zabezpieczenie społeczne ma za zadanie ochronę przed skutkami ryzyka społecznego, które najczęściej jest kojarzone z katalogiem różnych rodzajów ryzyka społecznego, który występuje w dwóch formach.

Pierwszy katalog ryzyka społecznego przedstawiony został w zaleceniu MOP, dotyczącym powszechnego zagwarantowania środków egzystencji, uchwalonym na konferencji, która odbyła się w 1944 r. w Filadelfii. Na katalog rodzajów tego ryzyka składały się: ryzyko macierzyństwa (*maternity*), ryzyko choroby (*sickness*)[9], ryzyko śmierci żywiciela rodziny (*death of breadwinner*), ryzyko starości (*old age*), ryzyko bezrobocia (*unemployment*), ryzyko wypadku przy pracy i choroby zawodowej (*employment injuries*), ryzyko inwalidztwa (*invalidity*), ryzyko nagłych wydatków (*emergency expenses*)[10].

Druga propozycja katalogu ryzyka społecznego zawarta jest w Konwencji nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy, dotyczącej minimalnych norm zabezpieczenia społecznego z roku 1952, na którą składało się: ryzyko macierzyństwa (*maternity*), ryzyko choroby (*sickness*)[11], ryzyko śmierci żywiciela rodziny (*death of breadwinner*), ryzyko starości (*old age*), ryzyko bezrobocia (*unemployment*), ryzyko wypadku przy pracy i choroby zawodowej (*employment injuries*), ryzyko

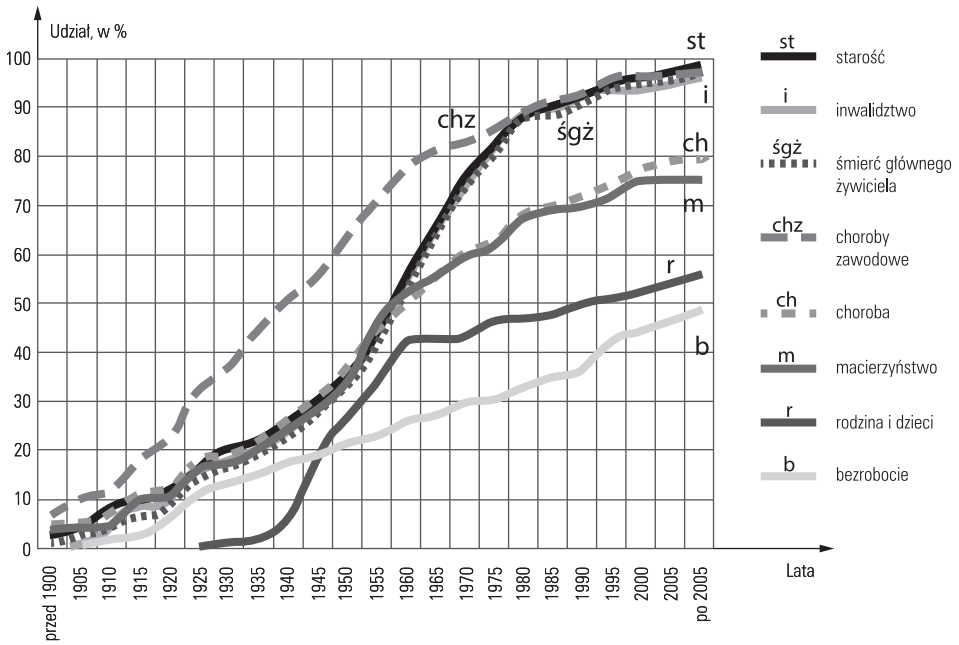
[8] World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice International Labour Office – Geneva: ILO, 2014, s. 297, oraz rekomendacja Międzynarodowej Organizacji Pracy R202 – Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No 202).

[9] Dotyczy utraty dochodów w związku z absencją chorobową.

[10] Zalecenie nr 67 z 1944 r. Income Security Recommendation (ILO). International Labour Organisation, Convention and Recommendation 1919–1966, International Labour Office, Geneva 1966.

[11] Dotyczy utraty dochodów w związku z absencją chorobową.

inwalidztwa (*invalidity*)[12]. Należy zwrócić uwagę, że oba dokumenty cechuje podobna filozofia katalogu ryzyka społecznego oparta na pojęciu potrzeby[13] rodziny, przedmiotu polityki społecznej.



Rysunek 6.1. Udział krajów w systemach zabezpieczenia społecznego według obszarów

Źródło: Międzynarodowa Organizacja Pracy.

Powojenny okres prosperity wiązał się również z istotnymi zmianami społecznymi. Przede wszystkim zmianie uległ tradycyjny model rodziny z jednym żywicielem, najczęściej mężczyzną. Zwiększenie aktywności ekonomicznej kobiet przyczyniło się do zmniejszenia narażenia na ubóstwo. Emancypacja kobiet oraz narastająca indywidualizacja społeczeństwa zmieniły sposób postrzegania gospodarstwa domowego, które do tej pory było utożsamiane prawie wyłącznie z rodzinnym gospodarstwem domowym. Zwiększona różnorodność typów gospodarstw domowych wymusiła także zmiany w systemie świadczeń społecznych, sposobie ich adresowania i określania.

Po II wojnie światowej rozwinęły się również interesujące koncepcje dotyczące rynku pracy: *workfare* oraz *flexicurity*. Koncepcja *workfare* została zapoczątkowana pod koniec lat sześćdziesiątych XX wieku w Stanach Zjednoczonych i uzależniała

[12] Konwencja nr 102 z 1952 r. Social Security (Minimum Standards) Convention (ILO}.

[13] W przypadku Zalecenia nr 67 jest on oparty na katalogu potrzeb, które powinny być finansowane ze świadczenia obowiązkowego ubezpieczenia społecznego.

otrzymywanie świadczenia socjalnego (głównie przez bezrobotnych albo nieaktywnych zawodowo) od aktywności określonego typu, takiej jak: udział w szkoleniach, rehabilitacja, prace publiczne. Taka aktywność powinna zwiększyć szanse powrotu beneficjenta na rynek pracy i być jednocześnie korzystna dla społeczeństwa. Celem jest zmniejszenie obciążeń wynikających ze świadczeń socjalnych oraz wyrwanie beneficjentów pomocy społecznej z ubóstwa. Jednak krytycy tego rozwiązania zarzucają mu brak skuteczności oraz negatywne skutki uboczne[14].

Flexicurity to idea zapoczątkowana i realizowana w Danii. Swój początek miała w porozumieniu między związkami zawodowymi i pracodawcami, które zostało zawarte pod koniec XIX wieku (tzw. konstytucja rynku pracy) i miało zapewnić wzajemne korzyści. Rewizja tego porozumienia nastąpiła w 1960 r., kiedy to wprowadzono większą swobodę zatrudniania i zwalniania pracowników w zależności od potrzeb oraz wzmocniono rolę związków zawodowych. Rola państwa została sprowadzona głównie do tworzenia systemów aktywujących pracowników. Na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku w celu zmniejszenia bezrobocia zapoczątkowano bardzo aktywną politykę rynku pracy. W efekcie ewolucji powstał system, który charakteryzował się dużą swobodą zatrudniania i zwalniania pracowników w zależności od potrzeb pracodawców, hojnymi świadczeniami w okresie bezrobocia oraz programami aktywizacji bezrobotnych, głównie przez system szkoleń.

Jednak ogólnie od momentu wystąpienia kryzysu paliwowego (lata 1973–1974) pojawiły się dość istotne ograniczenia budżetowe. Różne kraje rozmaicie reagowały na tę sytuację (zob. typologia zabezpieczenia społecznego według G. Esping-Andersen). Od późnych lat siedemdziesiątych notuje się trend ograniczania zaangażowania państwa w zabezpieczenie społeczne. Jest to jednak raczej próba ograniczenia wzrostu, a nie poziomu wydatków na zabezpieczenie społeczne.

Od lat osiemdziesiątych XX wieku więcej uwagi przywiązywano do bazy składkowej w celu zrównoważenia wpływów i wydatków. W latach dziewięćdziesiątych XX wieku w związku ze spodziewanymi zmianami struktury demograficznej zaczęto zwracać coraz większą uwagę na zobowiązania międzypokoleniowe, zwłaszcza w kontekście systemów emerytalnych. Działaniom antycypującym skutki zmian struktury demograficznej towarzyszył cały czas nacisk na ograniczenia budżetowe. Od tego czasu zaczęto dogłębnie reformować systemy zabezpieczenia społecznego, aby osiągnęły stabilność finansową i docelowo samofinansowanie, co wiąże się często z obniżeniem zapewnianego przez państwo standardu, a jednocześnie zwiększa indywidualizację oraz udział prywatnej zapobiegliwości w zapewnianiu bezpieczeństwa socjalnego.

[14] Stosunkowo często praca oferowana w ramach takich programów nie podwyższała kwalifikacji ani nie dawała pełni praw pracowniczych. W związku z tym programy te zbyt często sprowadzały się do obowiązku pracy bez dodatkowych korzyści dla beneficjentów oraz utraty pracy przez osoby dotychczas zatrudnione na stanowiskach niewymagających kwalifikacji.

Tabela 6.2. Charakterystyka metod stosowanych w realizacji polityki społecznej

Kryteria	Metoda opiekuńcza	Metoda zaopatrzeniowa	Metoda ubezpieczeniowa	Metoda oszczędnościowa
Rodzaj świadczenia	Zmienna wysokość, okres przyznawania i rodzaj	Świadczenia jednolite, mające zapewnić zaspokojenie określonych potrzeb w jednakowym, niezbyt wygórowanym stopniu	Świadczenie stanowi kompensatę poniesionych szkód lub utraconych korzyści i jest mniej lub bardziej ekwiwalentne wobec składki	Świadczenie zapewniające zaspokojenie określonych potrzeb do wyczerpania oszczędności (dopuszczalna możliwość niewielkiego zadłużenia na ściśle określonych zasadach)
Zakres świadczenia	Cała społeczność lub wybrane grupy społeczne/zawodowe niezależnie od wcześniejszej partycypacji w systemie	Cała społeczność lub wybrane grupy społeczne/zawodowe	Wspólnota ubezpieczeniowa, dopuszcza się ubezpieczenie pośrednie	Osoby uczestniczące w planie oszczędnościowym
Źródło finansowania	Fundusze publiczne lub prywatne, brak podatków celowych lub składek	Publiczne fundusze celowe, finansowane z danin celowych	Fundusz ubezpieczeniowy tworzony ze składek ubezpieczonych	Wpłaty oszczędzających oraz ewentualne subwencje państwa
Organizator	Instytucje publiczne i prywatne	Instytucje administracji państwowej	Instytucje publiczne lub prywatne, mogą mieć charakter samorządowy	Instytucje publiczne i prywatne
Prawo do świadczenia	Świadczenie jest fakultatywne i warunkowe, przyznawane w przypadku zaistnienia potrzeby. Świadczenie jest uznaniowe i decyzja o przyznaniu jest podejmowana przez administratora	Rodzaje świadczeń i ich wysokość oraz okoliczności i warunki uprawniające do ich otrzymania są ściśle określone	Świadczenie przysługuje w przypadku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną. Wysokość świadczenia jest uzależniona od wielkości szkody, utraconych korzyści, wysokości wnoszonych składek itp. Stosuje się miarkowanie straty, uzależniając proporcje szkody i świadczenia od wielkości szkody i statusu poszkodowanego	Świadczenie jest uzależnione od faktu wcześniejszego oszczędzania i posiadania oszczędności w ramach systemu. Rodzaje świadczeń i ich wysokość oraz okoliczności i warunki uprawniające do ich otrzymania są ściśle określone. Możliwość niewielkiego zadłużenia jest ściśle uzależniona od sposobu wykorzystania środków

Źródło: opracowanie własne.

6.1.4. Finansowanie i organizacja zabezpieczenia społecznego

W teorii zabezpieczenia społecznego powszechnie wskazuje się trzy metody/techniki[15] finansowania, ale z uwagi na coraz częstsze wykorzystywanie w systemach zabezpieczenia społecznego indywidualnych kont społecznych [Munnell, 2001, s. 63–82; Brunner, Colarelli, 2004, s. 569–585] stosowaną klasyfikację należy rozszerzyć do czterech elementów:

- metoda/technika opiekuńcza,
- metoda/technika zaopatrzeniowa,
- metoda/technika ubezpieczeniowa [Piotrowski, 1966, s. 163 i nast.],
- metoda/technika oszczędnościowa[16].

Sposób finansowania determinuje pozostałe cechy, takie jak charakter uprawnienia oraz świadczenia. Ogólną charakterystykę poszczególnych metod przedstawiono w tabeli 6.2.

W realizacji zabezpieczenia społecznego mogą uczestniczyć podmioty prywatne[17], wykonując zadania zlecone przez państwo lub oferując świadczenia i usługi społeczne w zakresie ściśle określonym przez państwo. Coraz powszechniejsze uwzględnianie roli społecznej innych instytucji jest związane z częstszym wykorzystywaniem rozwiązań rynkowych lub quasi-rynkowych. Wyróżnia się trzy sposoby urynkowienia (prywatyzacji)[18] polityki społecznej w zakresie zabezpieczenia społecznego [Hyde, Dixon, 2001, s. 19]:

- urynkowienie oparte na konkurencyjności (*competitive marketization*), dotyczące zabezpieczenia społecznego realizowanego dzięki pełnej konkurencji lub co najmniej rywalizacji prywatnych instytucji (wyłączenie instytucji z mechanizmów konkurencji);

[15] Przez metodę rozumie się ogólne, podstawowe zasady funkcjonowania określonego rozwiązania. Sposoby realizacji określonej metody składają się na technikę tejże metody. Do technik ubezpieczeniowych należą np. tworzenie ogólnych warunków ubezpieczenia, underwriting, rachunek aktuarialny.

[16] Metoda/technika oszczędnościowa polega na przymusowym lub dobrowolnym (najczęściej subsydiowanym) gromadzeniu oszczędności i ich kapitalizacji. Przymus lub subsydia (ew. zwolnienia podatkowe) są przejawem inicjatywy państwa, dlatego można tę metodę zaliczyć do systemu zabezpieczenia społecznego. Celem gromadzenia środków jest finansowanie skutków ryzyka społecznego. Cechą charakterystyczną tej metody/techniki jest odejście od solidaryzmu społecznego, bowiem poza ewentualnymi subsydiami nie pojawiają się w tym rozwiązaniu żadne transfery, ani poziome, ani pionowe. Środki zgromadzone na specjalnych kontach stanowią *de facto* prywatny fundusz. Prawo do świadczenia do wysokości zgromadzonych środków przysługuje w związku z uczestnictwem w przymusowym lub dobrowolnym oszczędzaniu. Najczęstszą formą realizacji metody/techniki oszczędnościowej jest indywidualne konto społeczne. Podlega ono najczęściej regulacjom państwa, które określa formy i zakres tego rozwiązania.

[17] Co nie podważa publicznego charakteru zabezpieczenia społecznego.

[18] Termin „prywatyzacja polityki społecznej" może budzić kontrowersje jako termin wieloznaczny. Należy np. odróżnić urynkowienie od indywidualizacji.

- częściowe urynkowienie oparte na konkurencyjności (*partially competitive marketization*), dotyczące zabezpieczenia społecznego określonej branży lub grupy zawodowej i realizowane przez konkurujące ze sobą instytucje publiczne i prywatne;
- urynkowienie oparte na monopolu (*non-competitive marketization*), dotyczące zabezpieczenia społecznego określonej branży lub grupy zawodowej i realizowane przez prywatną instytucję, której zagwarantowano monopol na wypłatę świadczeń lub realizację usług.

Urynkowienie polityki społecznej przejawia się w zaangażowaniu instytucji prywatnych w realizację zabezpieczenia społecznego, w szczególności zaś w zakresie zapewniania świadczeń lub usług substytucyjnych, komplementarnych oraz suplementarnych, choć obecnie podmioty prywatne angażuje się również w realizację bazowej części zabezpieczenia społecznego [Szumlicz, Więckowska, 2005, s. 123, 125]. W zależności od roli instytucji prywatnych i charakteru świadczeń można wyróżnić [Hyde, Dixon, 2001, s. 20–21]:

- zniesienie ograniczeń rozwoju świadczeń instytucji prywatnych (*incentive-driven provision*) w postaci likwidacji lub zmniejszenia przywilejów wypierających rozwiązania prywatne;
- system zachęt podatkowych i regulacji prawnych (zapewniających bezpieczeństwo) dotyczących świadczeń instytucji prywatnych (*encouraged voluntary provision*), stwarzający kompleksowy mechanizm zachęt do angażowania się osób prywatnych;
- wyodrębnienie procesu zarządzania (*administrative contracting-out*) określonych czynności związanych z zapewnianiem świadczeń w ramach systemu publicznego;
- prywatyzację świadczeń ponadstandarowych (*complementary benefit privatization*) w postaci przymusu korzystania z prywatnych świadczeń komplementarnych zastępujących lub konkurujących z ponadstandardowymi świadczeniami publicznymi;
- prywatyzację świadczeń bazowych (*coverage privatization*) w postaci przymusu korzystania z prywatnych świadczeń zastępujących lub konkurujących z bazowymi świadczeniami publicznymi;
- urynkowienie świadczeń pozasystemowych (*coverage marketization*), czyli stworzenie rynku na obowiązkowe świadczenia lub usługi, które nie były wcześniej objęte systemem świadczeń społecznych.

Ograniczeniem użycia instytucji prywatnych są określone założenia co do charakteru świadczenia (np. uniwersalne) albo skutków ubocznych (np. ryzyko powstania oligopolu) [Roth, 1981, s. 7–11].

Partnerstwa publiczno-prywatnego w realizacji zabezpieczenia społecznego (*public-private mix*) używa się w celu optymalizacji kosztów i efektów. Optymalizację tę można rozpatrywać na dwóch poziomach – makro i mikro [Williams, 2005, s. 7]. Poziom pierwszy dotyczy określenia optymalnego rozmiaru i roli sektora

publicznego oraz prywatnego (traktowanego jako alternatywa sektora publicznego). Poziom drugi dotyczy natomiast zasadności angażowania prywatnych podmiotów do realizacji zadań sektora publicznego, bez rezygnacji ze starań o utrzymanie pryncypiów charakterystycznych dla systemu publicznego.

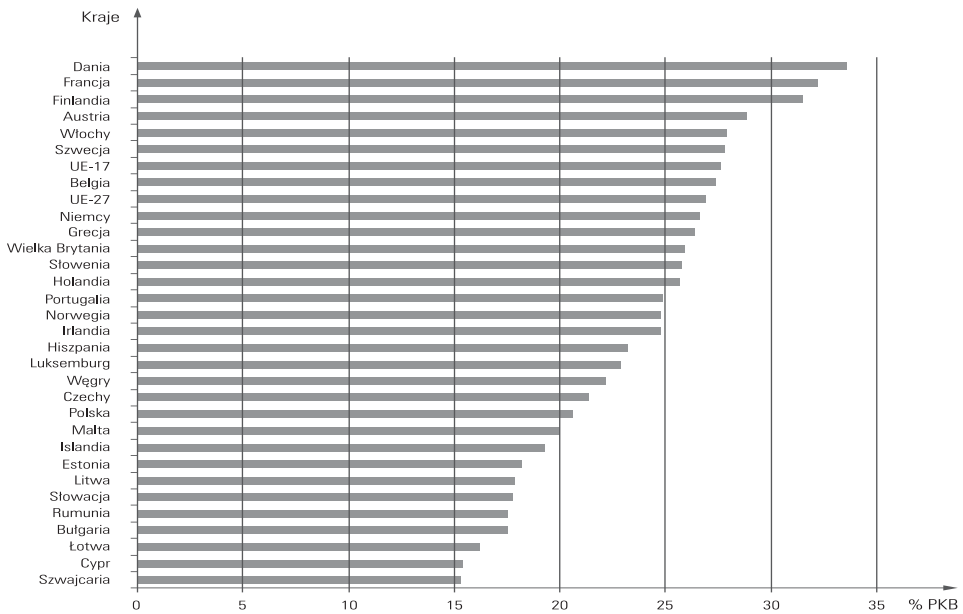
Tabela 6.3. Publiczne wydatki na zabezpieczenie społeczne jako % PKB (regionalna średnia warzona liczebnością populacji w latach 2010–2011)

Kontynent	% PKB
Afryka	5,1
Afryka Północna	9,0
Afryka Subsaharyjska	4,2
Azja i Pacyfik	5,3
Środkowy Wschód	8,7
Europa Zachodnia	26,7
Europa Centralna i Wschodnia	17,6
Ameryka Łacińska i Karaiby	13,2
Ameryka Północna	19,4
Świat	8,6

Źródło: *World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice* International Labour Office – Geneva: ILO, 2014, s. 297.

Udział publicznych wydatków na zabezpieczenie społeczne w Europie i Ameryce Północnej jest wynikiem rozwoju, jaki nastąpił po II wojnie światowej, i jest niewspółmierny do innych części świata. Jednak proste wnioskowanie na podstawie porównania wydatków na zabezpieczenie społeczne jako % PKB (tab. 6.3) może być mylące ze względu na odmienną strukturę PKB krajów rozwijających się oraz uprzemysłowionych, jak również inne możliwości sfinansowania transferów socjalnych z uwagi na odmienny charakter rynku pracy i stopień rozwoju gospodarczego. Należy ponadto zauważyć, że stopień rozwoju systemów zabezpieczenia jest również pochodną zastąpienia funkcji rodziny i społeczności lokalnej przez państwo. Postępująca indywidualizacja społeczeństwa, głównie w państwach postindustrialnych [Pahl, 1989], wymusza utrzymanie systemu zabezpieczenia społecznego co najmniej na dotychczasowym poziomie. Jednocześnie z uwagi na proces starzenia się społeczeństw i stosunkowo powolny proces wydłużania aktywności zawodowej zwiększają się koszty utrzymania świadczeń na dotychczasowym poziomie. Dlatego mimo utrzymania poziomu wydatków zwiększa się nacisk

na indywidualną przezorność i finansowanie części skutków ryzyka społecznego w ramach finansów osobistych [Hacker, 2006].



Rysunek 6.2. Publiczne wydatki na zabezpieczenie społeczne (w tym na zdrowie) jako % PKB w krajach Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Ekonomicznego w roku 2011

Źródło: Eurostat.

Warto również zauważyć, że w samej Europie występuje znaczące zróżnicowanie (rys 6.2). Wynika to głównie z przyjęcia odmiennych modeli zabezpieczenia społecznego i nawet podobny poziom wydatków może się również wiązać z realizacją odmiennego, co do zasady, systemu zabezpieczenia społecznego. Unia Europejska, dążąc do wyrównania poziomu życia, określiła pożądaną wartość wybranych wskaźników, które powinny być osiągnięte przez kraje członkowskie. Sposób osiągnięcia tych celów pozostawiono samym krajom, jednak aby pomóc w rozprzestrzenianiu dobrych praktyk i udanych rozwiązań, wprowadzono metodę otwartej koordynacji, zapoczątkowaną w Strategii Lizbońskiej[19].

Obecnie w ramach systemu zabezpieczenia społecznego można wyróżnić: system emerytalny (dot. finansowania świadczeń emerytalnych), system rentowy (dot. finansowania świadczeń w przypadku inwalidztwa albo śmierci żywiciela), system ochrony zdrowia, pomoc społeczną, system wypadkowy (dot. wypadków przy pracy) oraz system chorobowy (dot. finansowania przychodów w przypadku absencji w pracy).

[19] Lisbon European Council 23 and 24 March 2000. Presidency conclusion.

Prawo do zabezpieczenia społecznego w Polsce wynika z Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej (art. 67), ale sposób realizacji ustala państwo w odrębnych ustawach. Uczestnictwo w systemie zabezpieczenia jest obowiązkowe. Największa część wydatków publicznych w Polsce przypada na świadczenia emerytalne, ochronę zdrowia oraz świadczenia rentowe (tab. 6.4 nie obejmuje działalności instytucji pozarządowych zaliczanych do inicjatyw w ramach polityki społecznej).

Tabela 6.4. Udział wydatków publicznych na zabezpieczenie społeczne (w tym zdrowie) w PKB w roku 2011, w %

Wydatki publiczne	%
Wydatki na ochronę zdrowia	4,7
Świadczenia chorobowe i inwalidzkie	2,5
Świadczenia emerytalne	9,4
Renty rodzinne	1,6
Pozostałe świadczenia rodzinne	1,2
Świadczenia dla bezrobotnych	0,6
Wydatki na mieszkalnictwo	0,1
Inne	0,4

Źródło: Eurostat.

W Polsce finansowanie świadczeń z systemu zabezpieczenia społecznego jest zorganizowane w ramach odrębnych funduszy celowych, które stanowią część finansów publicznych[20]. Zasilanie tych funduszy pochodzi ze składek pracowniczych, rolników, składek pracodawców oraz dotacji budżetowych. Zarządzanie tymi funduszami powierzono wyspecjalizowanym instytucjom państwowym, takim jak Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Narodowy Fundusz Zdrowia. Tak więc fundusze są formalnie rozdzielone od instytucji, które nimi zarządzają. Ponadto system zabezpieczenia społecznego podzielono wg beneficjentów, tzn. system dla pracowników najemnych i samozatrudnionych (pracowniczy, tab. 6.5), system dla rolników, system dla sędziów i prokuratorów oraz system dla tzw. służb mundurowych (policja, straż pożarna, wojsko).

Zmiana ustrojowa z roku 1989 wpłynęła na częściowe zwiększanie indywidualizacji zasad naliczania świadczeń oraz stosowania zasad ubezpieczeniowych, co można głównie zaobserwować w systemie emerytalnym oraz co przejściowo

[20] Środki odnotowane na indywidualnym subkoncie funduszu emerytalnego w ZUS oraz zgromadzone w OFE mogą podlegać dziedziczeniu w przypadku śmierci osoby ubezpieczonej. Ta możliwość nie zmienia jednak publicznego charakteru zgromadzonych środków.

występowało w systemie ubezpieczeń na wypadek bezrobocia i ubezpieczeń zdrowotnych, które później zastąpiły rozwiązania zaopatrzeniowe. Więcej [Kawiński, 2011; Szumlicz, 2005]. Ponadto w Polsce następuje stopniowo decentralizacja organizowania zabezpieczenia społecznego, szczególnie w obszarach, w przypadku których bliskość świadczeniobiorców pozwala na zwiększenie skuteczności i efektywności świadczeń socjalnych. Dotyczy to szczególnie aktywnych form wspierania zatrudnienia, pomocy społecznej oraz organizacji ochrony zdrowia. Dalsze reformy utrudnia struktura wydatków socjalnych, która jest stosunkowo sztywna i z uwagi na nabyte uprawnienia nie może podlegać radykalnym zmianom. Ponadto w przyszłości w Polsce będzie rósł udział wydatków związanych ze starzeniem się. Zmiany struktury demograficznej będą na dodatek zwiększać obciążenia i zobowiązania państwa, dlatego w coraz większym zakresie system zabezpieczenia społecznego uzupełnia się o przedsięwzięcia finansowane ze środków prywatnych.

Tabela 6.5. Część pracownicza systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce (stan na grudzień 2015 r.)

Fundusz		Rodzaj świadczeń	Finansowanie		Wydatki, w mln zł
1		2	3		4
Otwarty fundusz emerytalny		Emerytura dożywotnia	19,52%* podstawy wymiaru**	Pracownik 9,76%	126 344,5
Fundusz Ubezpieczeń Społecznych	Fundusz emerytalny			Pracodawca 9,76%	
	Fundusz rentowy	Renta z tytułu niezdolności do pracy i renta rodzinna	8,00% podstawy wymiaru	Pracownik 1,50%	45 556,6
				Pracodawca 6,50%	
	Fundusz chorobowy	Zasiłek chorobowy	2,45% podstawy wymiaru	Pracownik	18 805,8
	Fundusz wypadkowy	Świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych	0,40–3,60%*** 1,80%****	Pracodawca	5 144,7
Fundusz Pracy		Zasiłek dla bezrobotnych i aktywne formy wspierania zatrudnienia	2,45% podstawy wymiaru	Pracodawca	12 088,1 (plan)

1	2	3		4
Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	Ochrona roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy	0,1% podstawy wymiaru	Pracodawca	186,4 (plan)
Narodowy Fundusz Zdrowia	Koszyk świadczeń w ramach systemu opieki zdrowotnej	9% podstawy wymiaru (przy obliczaniu podatku dochodowego odliczeniu podlegają składki faktycznie zapłacone w roku podatkowym, w kwocie nie większej niż 7,75% podstawy wymiaru składki	Pracownik	71 479,2

[*] Składka przekazywana do OFE od 1 lutego 2014 r. wynosi 2,92%.

[**] Podstawa wymiaru to przychód z pracy (art. 18 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych).

[***] Składka dla grup działalności, zróżnicowana, obowiązuje od 1 kwietnia 2015 r. W przypadku płatników, którym wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe ustala ZUS, stopa określona dla ich grupy działalności jest dodatkowo przemnażana przez wskaźnik korygujący w wysokości od 0,5 do 1,5.

[****] Składka dla płatników zgłaszających do ubezpieczenia wypadkowego przeciętnie miesięcznie nie więcej niż dziewięciu ubezpieczonych oraz dla płatników niepodlegających wpisowi do rejestru REGON – składka obowiązuje od 1 kwietnia 2015 r.

Źródło: opracowanie własne.

Słowa kluczowe

- Ryzyko społeczne
- Ubezpieczenie społeczne
- Zabezpieczenie społeczne

Pytania kontrolne

1. Przedstaw różnice między systemem ubezpieczeniowym i zaopatrzeniowym.
2. Scharakteryzuj rolę rodziny, rynku i państwa w reżimach opiekuńczych wg Esping-Andersena.
3. Wymień rodzaje ryzyka z katalogu ryzyka społecznego.
4. Wymień i scharakteryzuj metody realizacji polityki społecznej.
5. Wymień podstawowe części pracowniczego systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce.

6.2. System emerytalny w Polsce – rozwój i organizacja

T. Szumlicz

W tym podrozdziale omówiono – na tle ogólnych zasad organizacji i funkcjonowania systemów zabezpieczenia emerytalnego – nowy system emerytalny w Polsce, ze szczególnym podkreśleniem jego cech ubezpieczeniowych, które wynikają z przyjęcia w tym systemie zasady tzw. zdefiniowanej składki i ustalania wysokości emerytury z uwzględnieniem parametru przeciętnego dalszego trwania życia.

Zrezygnowano z opisu „pozapracowniczych" (branżowych) podsystemów emerytalnych (rolniczych, górniczych, tzw. mundurowych, prawniczych), które nie mają charakteru ubezpieczeniowego.

Zwrócono natomiast uwagę na instytucjonalne formy dodatkowego oszczędzania na emeryturę, podkreślając znaczenie dodatkowego ubezpieczenia emerytalnego, w którego konstrukcji chodzi nie tylko o oszczędzanie na okres starości, ale też o przeznaczanie zgromadzonych oszczędności na systematyczną wypłatę świadczeń emerytalnych. W tym zakresie ważną rolę mają do odegrania zakłady ubezpieczeń, oferując konkretne ubezpieczeniowe produkty (usługi) emerytalne.

6.2.1. Ogólna charakterystyka systemów zabezpieczenia emerytalnego

Zabezpieczenie emerytalne stanowi część szerzej rozumianego, organizowanego przez państwo systemu zabezpieczenia społecznego (podrozdz. 6.1), który ma zapewnić obywatelom pewien ustalony standard bezpieczeństwa socjalnego. Więcej [Szumlicz, 2005, s. 83 i nast.].

System zabezpieczenia emerytalnego to ogół rozwiązań instytucjonalnych zmierzających – przez ustanowienie zasad uzyskiwania uprawnień emerytalnych oraz wypłat świadczeń emerytalnych – do zapewnienia uczestnikom systemu odpowiednich pieniężnych środków utrzymania na okres starości[21].

Przedstawiając różnorodne systemy zabezpieczenia emerytalnego (w skrócie: systemy emerytalne), należy zwrócić uwagę na:

- szczególny charakter ryzyka starości,
- podstawowe elementy konstrukcji danego systemu emerytalnego:
  – reguły przystępowania do systemu emerytalnego,
  – metody finansowania systemu emerytalnego,

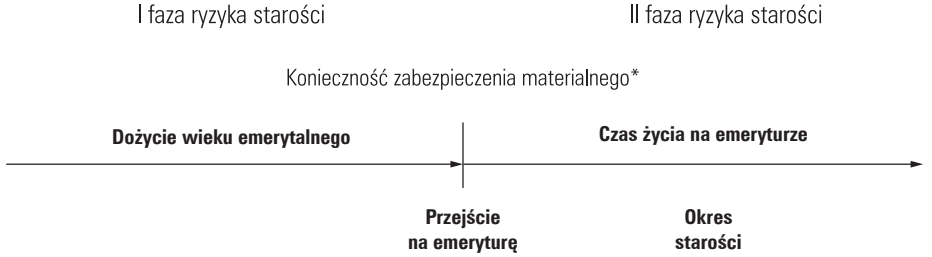
[21] Por. [Szumlicz, 2002, s. 345]. Najkrótsza definicja zabezpieczenia emerytalnego mówi wprost, że chodzi o „ogół źródeł zabezpieczenia dochodów pieniężnych na okres starości" [Żukowski, 1997, s. 17].

– rodzaj uprawnień do emerytury i sposób jej obliczania,

- odmienność prezentowania systemów emerytalnych.

Ryzyko starości jest „zagrożeniem" o szczególnym charakterze, co można zilustrować, wyróżniając dwie fazy ryzyka starości, por. [Szumlicz, 2005, s. 347–350].

Rysunek 6.3 przedstawia podstawowe rozumowanie dotyczące wyróżniania dwóch faz ryzyka starości.



*Zabezpieczenie materialne może występować w różnych formach.

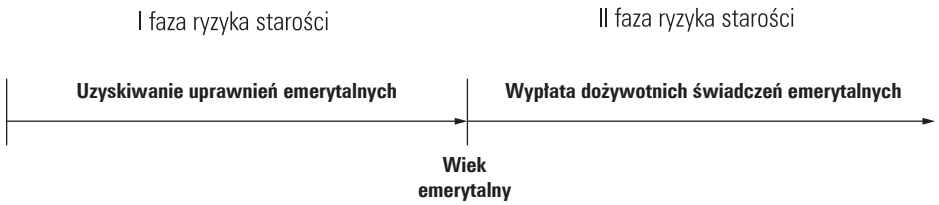
Rysunek 6.3. Fazy ryzyka starości

Źródło: opracowanie własne.

Pierwsza faza ryzyka starości polega na dożyciu wieku emerytalnego bez dostatecznego zabezpieczenia materialnego na okres starości.

Druga faza ryzyka starości polega na długowieczności emerytalnej, czyli na możliwości życia dłuższego, niż wynosi – ujmowane statystycznie od momentu przejścia na emeryturę – przeciętne dalsze trwanie życia.

Jak widać, ryzyko starości jest „zagrożeniem" pozytywnym. Chodzi przecież o dożycie wieku emerytalnego i dłuższy okres życia na emeryturze.



Rysunek 6.4. Fazy ryzyka starości w systemie zabezpieczenia emerytalnego

Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 6.4 przedstawia znaczenie faz ryzyka starości w ogólnej konstrukcji systemu zabezpieczenia emerytalnego. Fazę pierwszą należy wiązać z – systemowo ustalonym – uzyskiwaniem uprawnień emerytalnych, których nabywanie i gromadzenie ma stanowić odpowiednie zabezpieczenie materialne na okres starości.

Fazę drugą natomiast należy wiązać z – systemowo ustalonym – zapewnieniem dożywotnich wypłat świadczeń emerytalnych.

Podstawowe konstrukcje systemów zabezpieczenia emerytalnego można rozpatrywać z punktu widzenia:

1) reguł przystępowania do systemu,
2) metod finansowania systemu,
3) rodzajów uprawnień do emerytury i sposobów jej obliczania.

Problem **reguł przystępowania do systemu** emerytalnego można sprowadzić do stwierdzenia, że na ogół każde państwo w ramach systemu zabezpieczenia społecznego tworzy obowiązkowy system emerytalny, przynajmniej w zakresie zabezpieczenia standardowego (minimalnego). O obowiązkowości udziału w systemie decyduje przeświadczenie, że przyszli emeryci nie zadbaliby z własnej inicjatywy, z odpowiednim wyprzedzeniem, o przynajmniej minimalne zabezpieczenie na okres starości. Inaczej mówiąc, w okresie aktywności zawodowej nie byliby skłonni zrezygnować z części konsumpcji, dobrowolnie „odkładając" ją na okres emerytalny.

Problem finansowania emerytur wiąże się z pojęciem **emerytur adekwatnych**, a więc emerytur, których wysokość uznaje się – mówiąc najogólniej – za godziwą i sprawiedliwą. Chodzi o wyznaczenie określonego poziomu zaspokajania potrzeb w okresie starości, a także o przyjęcie właściwych zasad finansowania zabezpieczenia emerytalnego

Za podstawowe **metody finansowania** systemu zabezpieczenia emerytalnego uznaje się finansowanie składkowe w formie:

- finansowania repartycyjnego albo
- finansowania kapitałowego.

Co jednak należy mocno podkreślić, istotne są szczegóły finansowania systemu. Chodzi przede wszystkim o to, w jakiej mierze dane finansowanie zapewnia zbilansowanie systemu, a więc – jaki jest stopień ekwiwalentności funduszowej[22] systemu emerytalnego.

Rozwiązaniem najczęściej stosowanym w systemach zabezpieczenia emerytalnego jest finansowanie repartycyjne.

Finansowanie repartycyjne w systemie zabezpieczenia emerytalnego polega na wypłacie świadczeń emerytalnych z funduszu tworzonego na bieżąco[23] ze środków (składek) młodszego pokolenia (osób aktywnych zawodowo), przyjmując ciągłość zobowiązań międzygeneracyjnych.

[22] Ekwiwalentność funduszowa oznacza zbilansowanie finansowe systemu pod względem wpłat do funduszu (w tym przypadku przede wszystkim składek emerytalnych) i wypłat z funduszu (w tym przypadku świadczeń emerytalnych). Zob. tamże

[23] W terminologii anglojęzycznej mówi się o systemie *pay-as-you-go*.

W ten sposób zabezpieczenie emerytalne pokolenia starszego jest finansowane przez pokolenie młodsze, a ciągłość zobowiązań międzygeneracyjnych zapewnia, że na tej zasadzie ze świadczeń emerytalnych finansowanych przez kolejne pokolenia osób młodszych korzystają kolejne pokolenia osób starszych. Takie finansowanie jest szczególnie uzależnione od sytuacji demograficznej, zwłaszcza od zastępowalności pokoleń.

Odmiennym rozwiązaniem stosowanym w systemach zabezpieczenia emerytalnego jest finansowanie kapitałowe, polegające na zbiorowym (w tym grupowym) lub indywidualnym gromadzeniu pieniężnych zasobów emerytalnych za pośrednictwem instytucji wspólnego inwestowania. Jest to finansowanie z natury rzeczy stosowane w dodatkowych przedsięwzięciach emerytalnych, a więc w zakładowych programach emerytalnych i w indywidualnych planach emerytalnych. Jednakże finansowanie kapitałowe pojawiło się również w obowiązkowych systemach zabezpieczenia emerytalnego. Najbardziej znane są pierwsze rozwiązania chilijskie (w pełni kapitałowe, wprowadzone już w 1981 r.) i argentyńskie (repartycyjno-kapitałowe z 1994 r.)[24], które bywają uznawane – jednak niesłusznie – za wzory reformowania systemów emerytalnych w kierunku kapitałowym, przeprowadzanego na przełomie wieków w kilkunastu państwach europejskich, w tym w Polsce.

Finansowanie kapitałowe w systemie zabezpieczenia emerytalnego polega na uprzedzającym gromadzeniu środków pieniężnych i ich lokowaniu oraz na wypłacie z tak tworzonych funduszy świadczeń emerytalnych.

Należy zwrócić uwagę, że wprowadzanie finansowania kapitałowego do systemu emerytalnego, który wcześniej był w pełni finansowany repartycyjnie, wymaga – ze względu na istniejące zobowiązania międzygeneracyjne – refundacji składek przekazywanych na finansowanie kapitałowe. Chodzi o część składek niewpłacanych do funduszu repartycyjnego, z którego są wypłacane bieżące świadczenia emerytalne.

W Polsce, w związku ze zmianą systemu emerytalnego na repartycyjno-kapitałowy, ważnym źródłem pokrycia ubytku finansowego w części repartycyjnej systemu miały być środki uzyskiwane z prywatyzacji mienia państwowego[25]. Zakładano też poważne zmiany obniżające koszty funkcjonowania systemu. Miało to polegać przede wszystkim na ograniczeniu wcześniejszego przechodzenia na emeryturę[26].

[24] Z czasem oba systemy poważnie zmodyfikowano, znacznie ograniczając lub likwidując w nich finansowanie kapitałowe.

[25] Okazało się, że do 2013 r. środkami z prywatyzacji można było pokryć nie więcej niż 60% deficytu systemowego (wynoszącego w sumie około 200 mld zł) powstającego na skutek zmiany systemu repartycyjnego na system repartycyjno-kapitałowy.

[26] W Polsce, mimo ustawowego wieku emerytalnego dla mężczyzn 65 lat i dla kobiet 60 lat, przeciętny rzeczywisty wiek przechodzenia na emeryturę wynosił 57–58 lat.

Chodziło o wprowadzenie tzw. emerytur pomostowych[27], które umożliwiałyby wcześniejsze przechodzenie na emeryturę tylko osobom, które rzeczywiście pracowały w szczególnych warunkach lub wykonywały pracę o szczególnym charakterze. Zapowiadano także włączenie do nowego systemu zabezpieczenia emerytalnego uczestników tzw. branżowych systemów emerytalnych.

Mniejsze znaczenie w finansowaniu systemów zabezpieczenia emerytalnego ma **finansowanie podatkowe** (z budżetu państwa), które jest stosowane w systemach z emeryturą obywatelską (socjalną, gwarantowaną), zapewniającą minimalne zabezpieczenie emerytalne. O wyższy standard zabezpieczenia emerytalnego musi wtedy zadbać przyszły emeryt. Oczywiście problemem jest zdefiniowanie minimalnego poziomu zabezpieczenia emerytalnego oraz odpowiedź na pytanie o sposób gromadzenia podatków na cele emerytalne[28] i ich wysokość. Dyskusje na temat „emerytury obywatelskiej" nasiliły się obecnie z dwóch powodów. Pierwszy dotyczy trudności w zbilansowaniu obecnego systemu emerytalnego, a drugi wiąże się z postulatami usunięcia w ten sposób przywilejów niektórych grup zawodowych, korzystających z pozapracowniczego („branżowego") zabezpieczenia emerytalnego.

Poważny problem finansowania podatkowego dotyczy sytuacji, gdy występuje niedobór środków w funduszach, z których są wypłacane bieżące świadczenia emerytalne, co wymaga dopłat właśnie z budżetu państwa.

Mówiąc o **finansowaniu prywatnym**, zwraca się uwagę na sposób zabezpieczenia materialnego na okres starości, polegający na dobrowolnym, indywidualnym oszczędzaniu na emeryturę. Chodzi o dodatkowe przeznaczanie części zasobów konsumpcyjnych uzyskiwanych w okresie aktywności zawodowej na okres emerytalny[29]. Nie można oczywiście lekceważyć dobrowolnego zabezpieczenia emerytalnego, gdy stopa zastąpienia wynagrodzenia emeryturą, wynikająca z uczestnictwa w powszechnych systemach emerytalnych, będzie coraz niższa, choćby z przyczyn demograficznych.

[27] Emerytury pomostowe wprowadzono dopiero po 10 latach funkcjonowania nowego systemu.

[28] Należałoby tu wykorzystać rozwiązanie stosowane w finansach publicznych w postaci publicznego funduszu socjalnego (w tym przypadku – emerytalnego).

[29] Jeżeli podkreślamy pozytywny charakter ryzyka starości, to można też zadać pytanie, czy zorganizowanie zabezpieczenia emerytalnego ma być wyłącznie obowiązkiem państwa (wynikającym z socjalnej funkcji państwa). Inaczej mówiąc, czy odpowiednim zabezpieczeniem emerytalnym nie powinni być zainteresowani sami przyszli emeryci? Czy przyszli emeryci nie powinni wykazywać niezbędnej przezorności emerytalnej? Co jednak ważne, przezorność ta powinna być promowana i wyraźnie popierana zachętami finansowymi przez państwo. Taki system promocji i zachęt, stwarzający warunki do podejmowania inicjatyw prywatnych zmierzających do uzyskiwania dodatkowych środków utrzymania na okres starości, należy traktować jako rozwiązania instytucjonalne, składające się na całość systemu zabezpieczenia emerytalnego.

Stopa zastąpienia w systemie emerytalnym to wskaźnik obrazujący zastąpienie wynagrodzenia emeryturą. Ogólna stopa zastąpienia to procentowo wyrażona relacja przeciętnej emerytury do przeciętnego wynagrodzenia. Indywidualna stopa zastąpienia to procentowo wyrażona relacja pierwszej emerytury do ostatniego wynagrodzenia.

„Przesunięcie" („przeniesienie") części konsumpcji[30] na okres emerytalny wiąże się z korzystaniem z dostępnych instrumentów i produktów finansowych oferowanych przez banki, fundusze inwestycyjne, ubezpieczycieli, a więc instytucje wspólnego inwestowania na cele emerytalne. Państwo może promować – przez towarzyszące temu zachęty – dodatkowe zabezpieczenie emerytalne. Systematyczne dodatkowe oszczędzanie na emeryturę można by uznać za dobrowolne podwyższenie składki emerytalnej.

Finansowanie prywatne występuje też, gdy w systemie dominuje dobrowolne zabezpieczenie emerytalne. Szczególnie traktowana dobrowolność dotyczy tzw. **naturalnego zabezpieczenia emerytalnego**, czyli takiego, w którym sposób i zakres zabezpieczenia pozostawia się do indywidualnych decyzji gospodarstw domowych. Decyzje te mogą polegać na oszczędzaniu na okres emerytalny (rezygnacja gospodarstwa domowego z części konsumpcji bieżącej) lub na finansowaniu potrzeb rodziców w okresie starości przez dzieci (zdanie się na więzi i zobowiązania rodzinne). Pierwsza sytuacja przypomina finansowanie kapitałowe, a druga – finansowanie repartycyjne, a więc w skali jednostkowej rozwiązania stosowane w powszechnych systemach zabezpieczenia emerytalnego.

Przechodząc do omówienia **rodzajów uprawnień do emerytury** i **sposobów jej obliczania**, należy na wstępie podkreślić, że warunkiem „przejścia na emeryturę", czyli skorzystania z uzyskiwanych uprawnień emerytalnych, jest z reguły osiągnięcie **ustawowego wieku emerytalnego** i wykazanie się odpowiednim **stażem pracy** (czasem opłacania składek). Wiek emerytalny jest ustalany ustawowo (ustawowy wiek emerytalny) i powszechnie jest traktowany jako minimalny wiek emerytalny (ustawowy wiek emerytalny w Polsce ma wynosić 67 lat[31]). Również wymagany staż pracy jest określany ustawowo (obecnie wymagany staż wynosi 20 lat dla kobiet i 25 lat dla mężczyzn, ale w perspektywie 2040 r. ma być zrównany do 25 lat).

Od tych ogólnych reguł zawsze istnieją – bardziej lub mniej uzasadnione – odstępstwa wynikające ze świadczenia pracy w szczególnych warunkach (np. w górnictwie)

[30] Należy zauważyć, że to „przesunięcie" („przeniesienie") wpływa *de facto* na bieżący budżet gospodarstwa domowego, a nie finanse przyszłego emeryta.

[31] Wiek emerytalny, który wcześniej wynosił dla kobiet 60 lat i dla mężczyzn 65 lat, jest od 2013 r. podwyższany stopniowo, każdego roku o trzy miesiące. Zakładany wiek emerytalny 67 lat mężczyźni osiągną zatem w 2020 r., a kobiety dopiero w 2040 r. Warto jednak odnotować, że rozważa się powrót do wieku emerytalnego: 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn, co było bardzo ważną obietnicą polityczną Prawa i Sprawiedliwości w kampanii wyborczej do parlamentu w 2015 r.

lub zatrudnienia w szczególnym charakterze (np. kontrolera ruchu lotniczego). Wtedy jednym z możliwych rozwiązań są tzw. **emerytury pomostowe**[32].

Uzyskiwane sukcesywnie uprawnienia emerytalne mogą mieć charakter repartycyjny (uprawnienia pochodzące z części systemu finansowanego repartycyjnie) lub charakter kapitałowy (uprawnienia pochodzące z części systemu finansowanego kapitałowo). Jednakże w opisie rodzajów uprawnień do emerytury i sposobów jej obliczania konieczne jest uwzględnienie zasad, które w systemach emerytalnych określa się mianem **zdefiniowanego świadczenia** (*defined benefit* – DB) i **zdefiniowanej składki** (*defined contribution* – DC).

Zasada zdefiniowanego świadczenia uzależnia wysokość emerytury od ustalonej formuły jej obliczania, w której na ogół występuje indywidualna podstawa wymiaru (wyznaczana na podstawie wcześniejszych wynagrodzeń) i staż pracy. Ponadto formuła obliczania emerytury może uwzględniać tzw. lata nieskładkowe i składnik socjalny.

W Polsce zdecydowana większość obecnych emerytów ma prawo do świadczeń emerytalnych ustalanych jeszcze na starych zasadach, według zasady zdefiniowanego świadczenia[33].

W starym systemie emerytalnym emerytury były obliczane (są obliczane) według formuły:

$$E = KB \cdot 24\% + iPW \cdot (LS \cdot 1{,}3\% + LN \cdot 0{,}7\%),$$

gdzie:

E – wysokość emerytury,

KB – kwota bazowa, czyli przeciętne wynagrodzenie z poprzedniego roku, pomniejszone o składki na ubezpieczenie społeczne płacone przez pracownika (KB · 24% to tzw. socjalna część emerytury),

LS – liczba lat składkowych (lata zatrudnienia i okresy równoważne, np. urlopy macierzyńskie),

[32] Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz.U. Nr 237, poz. 1656). Od 1 stycznia 2009 r. osoby urodzone po 1948 r., które świadczyły pracę w szczególnych warunkach lub były zatrudnione w szczególnym charakterze, mogą ubiegać się o przyznanie emerytury pomostowej. Prawo do takiego świadczenia emerytalnego jest uzależnione od spełnienia określonych warunków, m.in. ukończenia odpowiedniego wieku i posiadania wymaganego stażu ubezpieczeniowego. Emerytura pomostowa – w odróżnieniu od tzw. wcześniejszych emerytur – jest świadczeniem okresowym i obliczanym na nowych zasadach.

[33] Stare zasady systemu emerytalnego były wprowadzone w 1992 r. na podstawie ustawy z dnia 17 października 1991 r. o rewaloryzacji emerytur i rent, o zasadach ustalania emerytur i rent oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz.U. Nr 104, poz. 450). Od 1999 r. (ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, Dz.U. Nr 137, poz. 887 ze zm.) obowiązuje nowy system emerytalny, jednak tzw. okres przejściowy sprawia, że w podstawowym zakresie stare zasady ustalania uprawnień i obliczania świadczeń emerytalnych dotyczą nadal osób, które urodziły się przed 1 stycznia 1949 r., a więc w 1999 r. miały 51 i więcej lat.

LN – liczba lat nieskładkowych (np. okresy urlopów wychowawczych, lata studiów dziennych),

iPW – indywidualna podstawa wymiaru emerytury, obliczana jako iloczyn *KB* i indywidualnego wskaźnika podstawy wymiaru emerytury (*iWPW*).

Uwaga:

Indywidualny wskaźnik podstawy wymiaru emerytury to na ogół najkorzystniejsza relacja indywidualnych wynagrodzeń z okresu 10 ciągłych lat zatrudnienia (wybranych z okresu 20 lat przed przejściem na emeryturę) do przeciętnych wynagrodzeń z tego okresu. Dla przykładu indywidualny wskaźnik podstawy wymiaru emerytury wynoszący 150% oznacza osiąganie w wybranym 10-letnim okresie wynagrodzeń 1,5 razy wyższych od wynagrodzeń wtedy przeciętnych.

W przypadku tak obliczanych emerytur występuje duża nieproporcjonalność między wcześniej płaconymi składkami a później uzyskiwaną emeryturą. Decyduje o tym przyjęta formuła obliczania świadczeń emerytalnych, w której uwzględnia się:

- jednolitą kwotę bazową,
- indywidualny wskaźnik podstawy wymiaru (*iWPW*) emerytury ograniczony do wysokości 250% (wyliczany do 2,5-krotności wynagrodzeń przeciętnych),
- tzw. lata nieskładkowe, które mogą stanowić nawet jedną trzecią lat składkowych.

„Stary" (wprowadzony w 1992 r.) system emerytalny wyróżniała zatem zasada zdefiniowanego świadczenia, o nadzwyczaj wysokim stopniu redystrybucji, zapewniając osobom, które otrzymywały niższe wynagrodzenia, relatywnie wyższe emerytury (wyższe wskaźniki zastąpienia wynagrodzenia emeryturą).

Cały nowy[34] polski system zabezpieczenia emerytalnego, w którym występuje metoda finansowania repartycyjno-kapitałowego, wyróżnia stosowanie zasady zdefiniowanej składki.

Zasada zdefiniowanej składki oznacza proporcjonalne uzależnienie wysokości emerytury od wcześniej zapłaconych składek. Można powiedzieć, że w takim przypadku składka definiuje późniejsze świadczenie.

Zasada zdefiniowanej składki występuje zatem zarówno w części repartycyjnej systemu (filar I), jak i w części kapitałowej systemu (filar II), a to oznacza proporcjonalne uzależnienie wysokości emerytury od wcześniej zapłaconych składek. W języku ubezpieczeniowym mówimy wtedy o ekwiwalentności kompensacyjnej w nowym systemie emerytalnym[35].

[34] Wprowadzony od 1999 r. na mocy ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. Nr 137, poz. 887 ze zm.).

[35] W zabezpieczeniu emerytalnym – podobnie jak w innych częściach systemu zabezpieczenia społecznego – mniejsza strata (w systemie emerytalnym – mniejsze wynagrodzenie) może być kompensowana przez świadczenie w relatywnie większym zakresie, a większa strata (w systemie emerytalnym

Ta konsekwentnie zastosowana zasada bardzo często nie jest jednak dostrzegana w tzw. części ZUS-owskiej systemu, w filarze I (stale dominuje stare postrzeganie funkcjonowania ZUS i funduszu emerytalnego w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych [FUS]).

Podsumowaniem dotychczasowego wywodu dotyczącego konstrukcji systemów zabezpieczenia emerytalnego jest rysunek 6.5, który wyznacza swoisty obszar zmienności systemów emerytalnych zawarty między systemem dobrowolnym, finansowanym kapitałowo, o zdefiniowanej składce, a systemem obowiązkowym, finansowanym repartycyjnie, o zdefiniowanym świadczeniu. Uprzedzając dalsze rozważania, należy zwrócić uwagę, że nowy polski system zabezpieczenia emerytalnego jest z założenia, po pierwsze, systemem obowiązkowym w części dotyczącej tzw. filarów I i II oraz dobrowolnym w części dotyczącej filara III. Po drugie, jest systemem w części finansowanym repartycyjnie (filar I) i w części finansowanym kapitałowo (filary II i III). Po trzecie, w całości jest systemem o zdefiniowanej składce.

Reguły przystępowania do systemu							
Dobrowolne				**Obowiązkowe**			
Metody finansowania systemu							
Kapitałowe		Repartycyjne		Kapitałowe		Repartycyjne	
Formy uzyskiwania uprawnień emerytalnych – „zdefiniowana składka" (DC) albo „zdefiniowane świadczenie" (DB)							
DC	DB	DC	DB	DC	DB	DC	DB

Rysunek 6.5. Konstrukcje systemów zabezpieczenia emerytalnego

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.6. Przeciętne dalsze trwanie życia dla roczników okołoemerytalnych w 2016 r. (wspólne dla kobiet i mężczyzn, wyrażone w miesiącach)

Lata	Miesiące											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
56	296,8	296,0	295,2	294,4	293,6	292,8	292,1	291,3	290,5	289,7	288,9	288,1
57	287,3	286,5	285,7	285,0	284,2	283,4	282,6	281,8	281,0	280,3	279,5	278,7
58	277,9	277,1	276,4	275,6	274,8	274,0	273,3	272,5	271,7	270,9	270,2	269,4

– większe wynagrodzenie) – w relatywnie mniejszym zakresie. Zob. [Szumlicz, 2005, s. 87]. Co należy mocno podkreślić, w nowym systemie emerytalnym, mamy do czynienia z proporcjonalnością kompensowania straty (wynagrodzenia).

59	268,6	267,8	267,1	266,3	265,6	264,8	264,1	263,3	262,5	261,8	261,0	260,3
60	**259,5**	**258,8**	**258,0**	**257,3**	**256,5**	**255,8**	**255,1**	**254,3**	**253,6**	**252,8**	**252,1**	**251,3**
61	250,6	249,9	249,1	248,4	247,6	246,9	246,2	245,4	244,7	243,9	243,2	242,4
62	241,7	241,0	240,3	239,6	238,8	238,1	237,4	236,7	236,0	235,3	234,5	233,8
63	233,1	232,4	231,7	231,0	230,2	229,5	228,8	228,1	227,4	226,7	225,9	225,2
64	224,5	223,8	223,1	222,4	221,7	221,0	220,3	219,6	218,9	218,2	217,5	216,8
65	**216,1**	**215,4**	**214,7**	**214,0**	**213,3**	**212,6**	**212,0**	**211,3**	**210,6**	**209,9**	**209,2**	**208,5**
66	207,8	207,1	206,4	205,7	205,0	204,3	203,7	203,0	202,3	201,6	200,9	200,2
67	**199,5**	**198,8**	**198,2**	**197,5**	**196,8**	**196,1**	**195,5**	**194,8**	**194,1**	**193,4**	**192,8**	**192,1**
68	191,4	190,7	190,1	189,4	188,7	188,1	187,4	186,7	186,1	185,4	184,7	184,1
69	183,4	182,7	182,1	181,4	180,8	180,1	179,5	178,8	178,1	177,5	176,8	176,2
70	175,5	174,9	174,2	173,6	172,9	172,3	171,6	171,0	170,3	169,7	169,0	168,4

Źródło: na podstawie komunikatu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z 25 marca 2016 roku.

Tabela 6.7. Przeciętne dalsze trwanie życia dla rocznika 67 lat w 2011 r. i 2016 r. (wspólne dla kobiet i mężczyzn, wyrażone w miesiącach)

Rocznik	Miesiące											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2011												
67	192,1	191,4	190,8	190,1	189,4	188,7	188,1	187,4	186,7	186,0	185,4	184,7
2016												
67	199,5	198,8	198,2	197,5	196,8	196,1	195,5	194,8	194,1	193,4	192,8	192,1
2011–2016												
Różnica	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4

Źródło: na podstawie komunikatów Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z 24 marca 2011 roku i 25 marca 2016 roku.

Zastosowanie w systemie zasady zdefiniowanej składki oznacza diametralnie inne obliczanie wysokości emerytury niż w przypadku zdefiniowanego świadczenia. Najogólniej mówiąc, uzyskane **uprawnienia repartycyjne** i **uprawnienia kapitałowe** są dzielone przez **przeciętne dalsze trwanie życia** (tab. 6.6). Co warto zauważyć, przeciętne dalsze trwanie życia stale się wyraźnie wydłuża (tab. 6.7). Zasada zdefiniowanej składki i obliczanie świadczenia emerytalnego na podstawie

przeciętnego dalszego trwania życia pozwalają mówić, że jest to system w pełni ubezpieczeniowy.

Przeciętne dalsze trwanie życia jest ustalane dla każdego rocznika. W systemach emerytalnych określa się je z dokładnością co do miesiąca. Istotne jest przyjmowanie uśrednionego okresu dalszego życia dla kobiet i mężczyzn. Dotyczy to nie tylko publicznych systemów emerytalnych, ale też ubezpieczeń prywatnych[36]. W tabeli 6.7 wyróżniono przeciętne dalsze trwanie życia oraz jego zmianę (w latach 2011–2016) dla osób przechodzących na emeryturę w wieku 67 lat.

Uwaga na bardzo często popełniany błąd:

Przeciętne dalsze trwanie życia osoby w wieku 67 lat:
199,5 miesięca = ok. 16,6 lat
Przeciętne trwanie życia (dotyczy przeciętnego dalszego trwania życia dla noworodka):
mężczyźni = 73 lata; kobiety = 80 lat
Błędne rozumowanie dotyczące przeciętnego życia na emeryturze:
73 – 67 = 6 lat
81 – 67 = 14 lat. Można przyjąć, że bez uwzględniania płci ok. 10 lat.
Jak widać, błędne „niedoszacowanie" przeciętnego dalszego trwania życia dla mężczyzn i kobiet w wieku 67 lat wynosi ponad 6 lat.

Przyjmowane są różne **prezentacje systemów emerytalnych**. Nie należy ich traktować formalnie. Sposób przedstawiania systemu ma bowiem istotny wpływ na rozumienie systemu i na zachowania jego uczestników.

	Filar I	Filar II	Filar III
Inicjatywa:	państwa	zakładu pracy	gospodarstwa domowego
Zabezpieczenie:	standardowe	dodatkowe	dodatkowe
Podsystemy:	bazowy	uzupełniający	uzupełniający

Rysunek 6.6. Klasyczna prezentacja trójfilarowa systemu emerytalnego

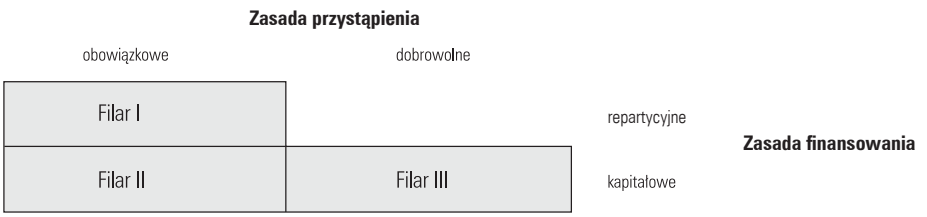
Źródło: opracowanie własne.

Klasyczna prezentacja trójfilarowa (rys. 6.6) najlepiej ilustruje przejawianie inicjatywy w systemie zabezpieczenia emerytalnego (odpowiedź na pytanie: Kto może, powinien i dba o przyszłe zabezpieczenie materialne na okres starości?:

[36] Orzeczenie Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości zakazujące od 21 grudnia 2012 r. różnicowania umów ubezpieczeniowych ze względu na płeć. Jest to swoista „dyskryminacja" mężczyzn w świadczeniach emerytalnych (na ogół żyją krócej), ale też swoista „dyskryminacja" kobiet w ubezpieczeniach OC posiadaczy pojazdów (mogłyby płacić niższe składki, bo powodują mniej szkód).

państwo (filar I), pracodawca (filar II), przyszły emeryt (filar III)) oraz dobrze pokazuje uzupełnianie zakresu tego zabezpieczenia, wyraźnie wyróżniając podsystem bazowy (filar I) oraz podsystemy uzupełniające (filar II i III).

Prezentacja trójfilarowa propagowana przez Bank Światowy (rys. 6.7), do której odwołuje się nowy polski system emerytalny, uwzględnia formy przystępowania do systemu (obowiązkowe i dobrowolne) oraz metody finansowania zabezpieczenia emerytalnego (repartycyjne i kapitałowe).



Rysunek 6.7. Prezentacja systemu emerytalnego przyjęta w Polsce

Źródło: opracowanie własne.

Warto w tym miejscu przedstawić nowszy pomysł wielofilarowej prezentacji systemu emerytalnego zaproponowany przez Bank Światowy i Międzynarodowy Fundusz Walutowy, w którym wyróżnia się pięć filarów oznaczonych od 0 do 4 (tab. 6.8). Z punktu widzenia percepcji społecznej jest to lepszy sposób prezentacji systemów emerytalnych od narzuconego nam wcześniej przez Bank Światowy.

Tabela 6.8. Wielofilarowa prezentacja systemu emerytalnego

Filar	Główne kryteria		
	Charakterystyka systemowa	Przystąpienie	Finansowanie
0	Emerytura „socjalna" (ogólnie dostępna lub uzyskiwana na podstawie oceny sytuacji materialnej)	Przez afiliację	Budżetowe
1	Publiczna część systemu emerytalnego (zarządzana publicznie, o zdefiniowanym świadczeniu lub o zdefiniowanej składce)	Obowiązkowe	Składki uzupełniane podatkami
2	Zakładowe lub indywidualne plany emerytalne (w pełni kapitałowe o zdefiniowanym świadczeniu albo w pełni kapitałowe o zdefiniowanej składce)	Obowiązkowe	Aktywa finansowe
3	Zakładowe lub indywidualne plany emerytalne (częściowo lub w pełni kapitałowe o zdefiniowanym świadczeniu albo kapitałowe o zdefiniowanej składce)	Dobrowolne	Aktywa finansowe

1	2	3	4
4	Różnorodne nieformalne i formalne formy wsparcia materialnego w okresie starości, w tym m.in. tzw. odwrócona hipoteka	Dobrowolne	Aktywa finansowe i niefinansowe

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Holzmann, Hinz i in., 2005, s. 10].

6.2.2. Organizacja i funkcjonowanie systemu emerytalnego w Polsce – część bazowa systemu

Ogólne zasady funkcjonowania nowego systemu emerytalnego w Polsce w zakresie tzw. części bazowej (publicznej) systemu obrazują rysunki 6.8 i 6.9. Wcześniej jednak trzeba wyjaśnić **wysokość i podział składki emerytalnej**, zwłaszcza że ostatnio te bardzo ważne parametry emerytalne były znacząco zmieniane.

Składka na ubezpieczenie emerytalne wynosi 19,52% podstawy wymiaru składki (z reguły wynagrodzenia brutto). **Po połowie (9,76%)** płacą ją ubezpieczony i pracodawca (występuje w roli płatnika, czyli przekazującego składkę). Jeżeli w 1999 r. ubezpieczony nie przystąpił do Otwartego Funduszu Emerytalnego (w 1999 r. takiej możliwości nie miały osoby w wieku 51 i więcej lat, a osoby w wieku 31–50 lat mogły dokonać wyboru), to cała jego składka na ubezpieczenie emerytalne w wysokości 19,52% była i nadal jest przekazywana do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (na fundusz emerytalny w ramach FUS) i ewidencjonowana na jego koncie w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Jeśli w 1999 r. ubezpieczony przystąpił do OFE (taki obowiązek w 1999 r. miały osoby w wieku poniżej 30 lat oraz mogły dokonać takiego wyboru osoby w wieku 31–50 lat), to w 1999 r. składka na ubezpieczenie emerytalne w wysokości **12,22%** podstawy wymiaru była ewidencjonowana na koncie w ZUS, a składka w wysokości **7,30%** odprowadzana na rachunek w OFE.

Od 1 maja 2011 r. zmniejszono część składki przekazywanej do OFE z 7,3% do 2,3%. Celem tej zmiany było przede wszystkim zmniejszenie refundacji składek przekazywanych do OFE. Wtedy w ZUS w ramach kont ubezpieczonych utworzono subkonta o charakterze obligacyjnym, na których zapisywano pozostałą część – 5,0% składki. W 2012 r. składka przekazywana do OFE nadal wynosiła 2,3%, a składka zapisywana na subkoncie – 5,0%. W 2013 r. składka przekazywana do OFE wzrosła do 2,8%, a składka zapisywana na subkoncie wynosiła wtedy 4,5%. Od 1 lutego 2014 r. składka przekazywana do OFE wynosi **2,92%**, a zapisywana na subkoncie **4,38%**.

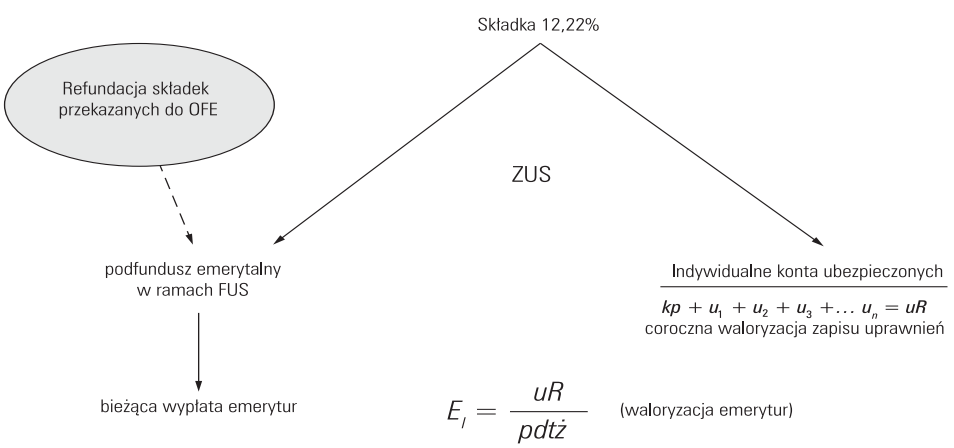
W okresie od 1 kwietnia do 31 lipca 2014 r. **członkowie OFE podejmowali decyzję**, czy składka w wysokości 2,92% podstawy wymiaru ma być nadal przekazywana do OFE, czy też ma być – razem ze składką w wysokości 4,38% – ewidencjonowana

na subkoncie w ZUS. Decyzję o dalszym przekazywaniu składki 2,92% do OFE podjęło ponad 10% ubezpieczonych. Decyzję o przekazywaniu składek do OFE można podjąć wyłącznie w okresie tzw. **okienek transferowych**. Kolejne „okienko" pojawiło się w okresie od kwietnia do lipca 2016 r., a następne mają być otwierane co 4 lata. W wyznaczonych okresach będzie można zmienić poprzednią decyzję dotyczącą przekazywania składek, co oznacza wprowadzenie swoistej dobrowolności w przekazywaniu składek emerytalnych do części systemu finansowanej kapitałowo.

Podział składki emerytalnej	
Podział składki emerytalnej w przypadku braku wyboru OFE	
Konto w ZUS 12,22%	Subkonto w ZUS 7,30%

Podział składki emerytalnej w przypadku wyboru OFE		
Konto w ZUS 12,22%	Subkonto w ZUS 4,38%	Rachunek w OFE 2,92%

W funkcjonowaniu części **repartycyjnej** systemu **(filar I)** należy wyróżnić dwie instytucje: **Zakład Ubezpieczeń Społecznych** (ZUS) i będący w jego dyspozycji **Fundusz Ubezpieczeń Społecznych** (FUS). Składki emerytalne (12,22% podstawy wymiaru) są przekazywane do **podfunduszu emerytalnego** w ramach FUS.


Składka 12,22%
Refundacja składek przekazanych do OFE
ZUS
podfundusz emerytalny w ramach FUS
Indywidualne konta ubezpieczonych
$kp + u_1 + u_2 + u_3 + \ldots u_n = uR$
coroczna waloryzacja zapisu uprawnień
bieżąca wypłata emerytur
$E_I = \frac{uR}{pdż}$
(waloryzacja emerytur)

Rysunek 6.8. Funkcjonowanie filara I – finansowanego repartycyjnie

Źródło: opracowanie własne.

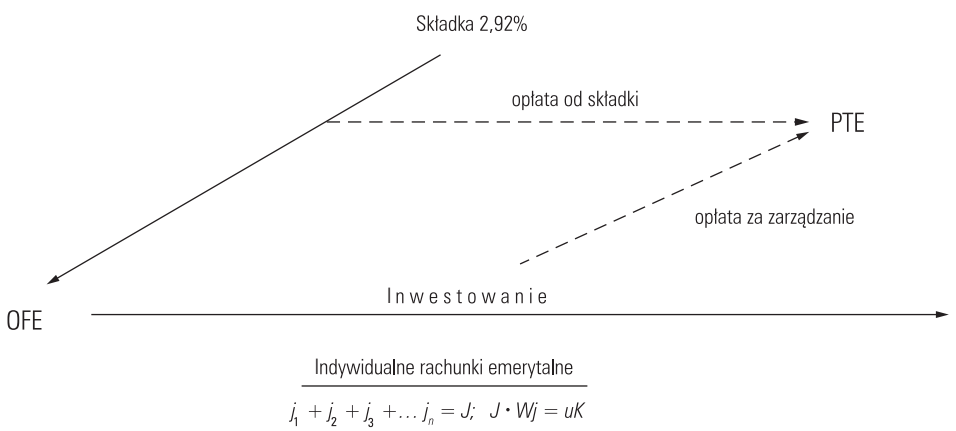
Z podfunduszu emerytalnego odbywa się **bieżąca wypłata** świadczeń emerytalnych. Podfundusz emerytalny jest zasilany dodatkowo, gdyż chodzi o wspomnianą

refundację składek, które w części są przekazywane do części kapitałowej. Można mówić o pokrywaniu w ten sposób deficytu systemowego, związanego ze zmianą systemu emerytalnego na repartycyjno-kapitałowy.

Równolegle – co bardzo ważne – na **indywidualnych kontach ubezpieczonych** są odnotowywane kolejne zapisy uprawnień emerytalnych ($u_1 + u_2 + u_3 + \ldots + u_n$) wynikające z zapłaconych składek. W skład tych uprawnień wchodzi też (stanowiąc ich pierwszy składnik) tzw. kapitał początkowy (*kp*), który stanowi swoiste wiano, odzwierciedlające uczestnictwo w starym systemie emerytalnym. Cała wartość zapisanych uprawnień emerytalnych jest systematycznie **waloryzowana**[37] (kapitalizacja parametryczna uprawnień).

Tak ustalona **suma uprawnień repartycyjnych**[38] stanowi pierwszy element podstawy wypłaty emerytury.

Od 1 maja 2011 r. część składek emerytalnych jest zapisywana na **subkoncie** ubezpieczonego w ZUS. Ich wartość podlega waloryzacji (kapitalizacja parametryczna uprawnień) wskaźnikiem równym średniorocznej dynamice wartości PKB za okres ostatnich pięciu lat. **Uprawnienia „obligacyjne”**[39] stanowią jeden z elementów podstawy wypłaty emerytury. Formalnie jest to element emerytury z części kapitałowej systemu emerytalnego.



Rysunek 6.9. Funkcjonowania filara II – finansowanego kapitałowo

Źródło: opracowanie własne.

W funkcjonowaniu zasadniczej części kapitałowej systemu **(filar II)** należy wyróżnić dwie instytucje: **Otwarte Fundusze Emerytalne** (OFE), które są

[37] Wartość uprawnień zapisywanych na koncie w ZUS podlega corocznej waloryzacji. Waloryzacja zależy od inflacji i wzrostu funduszu wynagrodzeń w gospodarce.

[38] Uprawnienia repartycyjne nie są dziedziczone.

[39] Tak można nazwać zapisy tych uprawnień, biorąc pod uwagę ich charakter.

instytucjami wspólnego inwestowania, i **Powszechne Towarzystwa Emerytalne** (PTE), które tymi instytucjami zarządzają.

Składki emerytalne (2,92% podstawy wymiaru) są przekazywane do konkretnego OFE, którego członkiem jest dany ubezpieczony. Od składek pobierana jest opłata (od dnia 1 lutego 2014 r. wynosi ona nie więcej niż 1,75%[40]). Przekazane składki stanowią **aktywa OFE**. Aktywa OFE mogą być lokowane wyłącznie w określonych przez ustawę kategoriach lokat. Lokaty aktywów w poszczególnych kategoriach nie mogą przekroczyć określonego udziału. Za zarządzanie inwestowaniem PTE otrzymuje określoną opłatę (w zależności od wielkości aktywów, w przedziale: nie mniej niż 0,045% wartości aktywów netto w skali miesiąca i nie więcej niż 15,5 mln zł).

Za składkę przyszły emeryt nabywa jednostki rozrachunkowe funduszu (*j*) według ich aktualnych cen, które są uzależnione od aktualnej wartości lokat funduszu (kapitalizacja rynkowa uprawnień). Jednostki są ewidencjonowane na **indywidualnych rachunkach członków OFE**. Kapitał emerytalny, stanowiący podstawę wypłaty emerytury, zostaje ustalony teoretycznie na podstawie zgromadzonej liczby jednostek rozrachunkowych (*J*) pomnożonej przez aktualną wartość jednostki (*Wj*) danego OFE w momencie przejścia członka funduszu na emeryturę.

Jednakże w celu zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony wartości środków gromadzonych w OFE został wprowadzony tzw. **suwak bezpieczeństwa**. Jest to zasada, według której w ostatnim okresie oszczędzania na emeryturę, na 10 lat przed osiągnięciem przez ubezpieczonego wieku emerytalnego, stopniowo, co miesiąc na fundusz emerytalny w FUS przekazywana będzie część środków zgromadzonych na rachunku członka OFE. Oznacza to, że co miesiąc na subkoncie ubezpieczonego w ZUS będzie zapisywana też określona wartość umorzonych jednostek rozrachunkowych z rachunku członka OFE.

Uruchomienie „suwaka bezpieczeństwa" oznacza również zaprzestanie odprowadzania części składki emerytalnej do OFE. W momencie osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego na rachunku w OFE nie będzie żadnych środków i *de facto* ustanie jego członkostwo w OFE.

Należy wyraźnie podkreślić, że wszystkie środki emerytalne gromadzone w ramach części kapitałowej, zarówno na rachunkach w OFE, jak i zapisywane na subkoncie w ZUS są dziedziczone.

Teoretycznie wysokość świadczenia emerytalnego z filara I, wypłacanego przez ZUS, powinna być ustalana przez podzielenie wartości zgromadzonych na koncie w ZUS emerytalnych uprawnień repartycyjnych (*uR*) przez przeciętne dalsze trwanie życia dla osób w wieku równym wiekowi przejścia na emeryturę danego ubezpieczonego (*pdtż*). Natomiast wysokość świadczenia emerytalnego z filara II, wypłacanego przez specjalnie do tego powołaną instytucję ubezpieczeniową,

[40] Warto zauważyć, że na początku funkcjonowania systemu wynosiła ona przeciętnie około 10%, a później była limitowana do 7% i 3,5%.

powinna być ustalana przez podzielenie wartości zgromadzonych na rachunku w OFE emerytalnych uprawnień kapitałowych (*uK*) przez przeciętne dalsze trwanie życia dla osób w wieku równym wiekowi przejścia na emeryturę danego ubezpieczonego (*pdtż*).

I tutaj można mówić o sporej **niespodziance emerytalno-ubezpieczeniowej** w stosunku do propozycji z 1999 r. Mianowicie, w zasadzie już podjęto decyzję, że nie zostanie powołana odrębna instytucja zajmująca się wypłatą emerytur z części kapitałowej systemu (Zakład Ubezpieczeń Emerytalnych – ZUE). A zatem nie będzie miało zastosowania w tej części systemu klasyczne rozwiązanie ubezpieczeniowe, nazywane ubezpieczeniem rentowym (renta w znaczeniu ekonomicznym: mieć coś z posiadania czegoś), w którym nie tylko uwzględnia się wielkość kapitału (stanowiącego jednorazową składkę ubezpieczeniową) i przeciętne dalsze trwanie życia ubezpieczonego, ale też stopę zwrotu z kapitału emerytalnego.

W rezultacie emerytury będzie obliczać i wypłacać ZUS, pełniąc *de facto* funkcję zakładu ubezpieczeń emerytalnych. Emerytura z całego systemu emerytalnego będzie obliczana jako **iloraz sumy zgromadzonych uprawnień repartycyjnych** zapisanych na koncie w ZUS i **uprawnień kapitałowych** zapisanych w rezultacie na subkoncie w ZUS **(*uR* + *uK*)** przez **przeciętne dalsze trwanie życia (*pdtż*)**.

$$E_{I+II} = \frac{uR + uK}{pdtż} \text{ (waloryzacja emerytur).}$$

Szczególnego wyeksponowania wymaga zatem nowy sposób obliczania wysokości emerytur przyjęty w całym nowym systemie, w którym obowiązuje zasada zdefiniowanej składki i wynikowe ustalenie wysokości świadczenia na podstawie uzyskanych uprawnień o charakterze repartycyjnym i kapitałowym. Tak wyliczone świadczenie emerytalne będzie waloryzowane według corocznie ustalanej reguły. Waloryzacja (indeksacja) to odpowiednie zwiększanie nominalnej wysokości świadczeń w celu zachowania ich realnej wartości (siły nabywczej, gdyż bierze się pod uwagę zmianę cen). Niekiedy, zamiast najczęściej stosowanego, procentowego (proporcjonalnego w stosunku do świadczeń) mechanizmu waloryzacji emerytur, stosuje się waloryzację procentowo-kwotową lub kwotową.

6.2.3. Organizacja i funkcjonowanie systemu emerytalnego w Polsce – część uzupełniająca systemu

Bazowy system emerytalny uzupełnia **dobrowolne zabezpieczenie emerytalne (filar III)** organizowane w trzech zinstytucjonalizowanych (ustalonych prawnie) formach oszczędzania na okres emerytalny: (1) **Pracowniczych Programów Emerytalnych (PPE)**, (2) **Indywidualnych Kont Emerytalnych (IKE)**, (3) **Indywidualnych Kont Zabezpieczenia Emerytalnego (IKZE)**, które powinny

być uzupełniane różnymi formami ubezpieczeń emerytalnych w zakresie wypłat świadczeń, oferowanymi przez zakłady ubezpieczeń.

Uzupełniająca część systemu zabezpieczenia emerytalnego to różne formy dobrowolnych oszczędności emerytalnych i dobrowolnych ubezpieczeń emerytalnych. Organizowanie tych przedsięwzięć emerytalnych występuje z inicjatywy pracodawcy lub przyszłego emeryta.

Pracowniczy Program Emerytalny jako forma oszczędzania emerytalnego

Zasady organizacji i funkcjonowania Pracowniczych Programów Emerytalnych (PPE) – a w szczególności warunki, które powinny spełniać podmioty uczestniczące w realizowaniu tych programów, oraz zasady zawierania składających się na PPE umów – reguluje ustawa o pracowniczych programach emerytalnych z 20 kwietnia 2004 r.

PPE mogą być realizowane w formie:

- pracowniczego funduszu emerytalnego,
- funduszu inwestycyjnego,
- grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym,
- zarządzania zagranicznego.

Pracowniczy Program Emerytalny jest ustanawiany przez zakładową umowę emerytalną oraz – w zależności od formy – z odpowiednim podmiotem finansowym. W grę może wchodzić umowa o wspólnym międzyzakładowym pracowniczym programie emerytalnym.

Etapy tworzenia PPE obejmują:

- wstępne negocjacje pracodawcy z instytucją finansową (projekt umowy z instytucją finansową),
- negocjacje pracodawcy z reprezentacją pracowników i podpisanie umowy zakładowej,
- zawarcie umowy z instytucją finansową,
- złożenie wniosku o wpis do rejestru PPE,
- rejestrację PPE przez organ nadzoru.

Umowa z instytucją finansową zarządzającą programem powinna określać w szczególności:

1) warunki gromadzenia i zarządzania środkami, w tym koszty i opłaty obciążające pracodawcę i uczestnika,
2) przypadki i warunki wypowiedzenia umowy,
3) warunki dokonywania wypłaty, zwrotu i wypłaty transferowej.

Uczestnictwo w PPE przysługuje pracownikowi zatrudnionemu nie krócej niż 3 miesiące. Osoba zatrudniona u kilku pracodawców prowadzących programy emerytalne może uczestniczyć w więcej niż jednym programie emerytalnym.

PPE musi przysługiwać co najmniej połowie pracowników. PPE może obejmować osoby prowadzące działalność gospodarczą oraz wspólników spółek, pod warunkiem że prowadzą PPE dla swoich pracowników. Ważne jest zapewnienie identycznych warunków uczestnictwa wszystkim pracownikom.

Składkę podstawową płaci pracodawca. Natomiast składkę dodatkową uczestnik.

Wysokość składki podstawowej określa się procentowo od wynagrodzenia uczestnika. Składka podstawowa nie może być wyższa niż 7% wynagrodzenia uczestnika. Można też kwotowo ograniczyć wysokość składki lub ustalić składki zryczałtowane.

Składka podstawowa nie jest wliczana do wynagrodzenia stanowiącego podstawę ustalenia obowiązkowych składek na ubezpieczenia społeczne. Składka dodatkowa w skali roku nie może przekroczyć 3-krotności średniego wynagrodzenia.

Udział części ochronnej w składce na grupowe ubezpieczenie na życie z funduszem kapitałowym nie może być wyższy niż 15%.

Wypłata środków zgromadzonych w ramach pracowniczego programu emerytalnego, a więc praktyczne zdyskontowanie uczestnictwa w PPE, następuje przede wszystkim na wniosek uczestnika po osiągnięciu wieku **60 lat**.

Zawieszenie lub likwidacja PPE może nastąpić z:

- inicjatywy pracodawcy,
- inicjatywy pracodawcy, w porozumieniu z reprezentacją pracowników,
- powodu trudności po stronie instytucji finansowej zarządzającej programem (likwidacja lub upadłości i inne),
- powodu spadku wartości środków wniesionych w ramach programu poniżej kwoty ustalonej w umowie z zakładem ubezpieczeń, funduszem inwestycyjnym bądź w statucie funduszu emerytalnego,
- powodu wykreślenia programu z rejestru.

Indywidualne Konto Emerytalne jako forma oszczędzania emerytalnego

Prawo do dokonywania wpłat na IKE przysługuje osobie fizycznej, która ukończyła 16 lat. Na IKE może gromadzić oszczędności wyłącznie jeden oszczędzający. IKE można założyć niezależnie od tego, że jest się uczestnikiem PPE.

Na IKE można co roku wpłacić **maksymalnie 300%** prognozowanego na dany rok przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia. Limit ten w kolejnym roku nie może być niższy.

IKE oferują:

- fundusze inwestycyjne (otwarte fundusze inwestycyjne i specjalistyczne fundusze inwestycyjne otwarte),
- podmioty prowadzące działalność maklerską (domy maklerskie i banki prowadzące działalność maklerską),
- zakłady ubezpieczeń na życie,
- banki,
- dobrowolne fundusze emerytalne.

W celu założenia IKE osoba podpisuje umowę o prowadzenie IKE z wybraną przez siebie instytucją finansową. Osoba niezadowolona ze sposobu prowadzenia konta przez daną instytucję finansową może w każdym czasie przenieść zgromadzony kapitał do innej instytucji. Oszczędzający może również przenieść środki zgromadzone w ramach PPE na IKE – w przypadku rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie, zakończenia pracy u prowadzącego program, likwidacji programu.

Z ulgi podatkowej mogą skorzystać jedynie osoby, które dokonają wypłaty zgromadzonych oszczędności dopiero po **60 roku życia**. Żeby być uprawnionym do zwolnienia od podatku od dochodów kapitałowych, należy dokonywać wpłat na IKE przez co najmniej w 5 dowolnych lat kalendarzowych albo ponad połowę wartości wpłat przez co najmniej 5 lat przed dniem złożenia wniosku o wypłatę.

Oszczędzający mogą wcześniej wycofać zgromadzone na IKE oszczędności, jednakże wiąże się to z koniecznością zapłacenia 19% podatku od dochodów kapitałowych.

Zawierając umowę o prowadzenie IKE, oszczędzający może wskazać osobę (lub kilka osób), której zostaną wypłacone środki po jego śmierci.

Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego jako forma oszczędzania emerytalnego

Obok IKE występują Indywidualne Konta Zabezpieczenia Emerytalnego (IKZE). Rozwiązania dotyczące IKZE w dużej mierze są podobne do przyjętych w IKE. Należy jednak zwrócić uwagę na zasadniczą różnicą, która dotyczy **opodatkowania**. W IKZE zastosowano **preferencję podatkową**, polegającą na **odliczaniu od podstawy opodatkowania wpłat na to konto**.

Istnieje limit wpłat na IKZE. Co roku można wpłacić maksymalnie kwotę odpowiadającą **1,2-krotności** prognozowanego na dany rok **przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia**. Limit ten w kolejnym roku nie może być niższy i będzie podwyższany w zależności od tempa wzrostu wynagrodzeń.

IKZE oferują:

- fundusze inwestycyjne,
- podmioty prowadzące działalność maklerską,
- zakłady ubezpieczeń na życie,
- banki,

- dobrowolne fundusze emerytalne utworzone przez PTE.

Przeniesienie środków zgromadzonych na IKZE możliwe jest tylko do innej instytucji prowadzącej IKZE.

Z konta IKZE nie można wycofać części zgromadzonych środków. Z IKZE możliwe jest tylko dokonanie zwrotu wszystkich środków, ale zwrot środków podlega opodatkowaniu.

Wypłata środków zgromadzonych na IKZE następuje wyłącznie:

1) na wniosek oszczędzającego, po osiągnięciu przez niego wieku **65 lat** oraz pod warunkiem dokonywania wpłat co najmniej przez 5 lat,
2) w przypadku śmierci oszczędzającego – na wniosek osoby uprawnionej.

Środki wypłacane po zakończeniu oszczędzania na IKZE, niezależnie od formy wypłaty (jednorazowa albo w ratach), będą **opodatkowane** podatkiem zryczałtowanym w wysokości **10%**.

Oszczędzający może w umowie o prowadzenie IKZE wskazać osobę uprawnioną do środków na IKZE w przypadku jego śmierci.

Wzrostu zainteresowania dodatkowymi oszczędnościami emerytalnymi nie da się osiągnąć tylko przez tzw. edukację emerytalną. Jednakże nie należy lekceważyć ewentualnego udziału w edukacji emerytalnej mediów publicznych (radia i telewizji). Część środków wydawanych przez instytucje finansowe na reklamę mogłaby wspierać takie działania edukacyjne. Szczególnie ważne jest **stworzenie odpowiednich zachęt podatkowych** do dodatkowego oszczędzania i ubezpieczenia emerytalnego.

Dodatkowe ubezpieczenia emerytalne

Omówione formy uzupełniające oszczędzanie na okres starości mogą przysporzyć określoną wielkość kapitału, ale ważne jest też podjęcie decyzji o sposobie wykorzystania zgromadzonych środków (pytanie: jak „skonsumować" środki emerytalne).

Inaczej mówiąc, w myśleniu o uzupełniającym zabezpieczeniu emerytalnym, jeżeli już takie występuje, dominuje kategoria oszczędzania na okres starości. Tymczasem najważniejszym jego elementem powinna być kategoria świadczenia, czyli regularnej wypłaty emerytury jako naturalnej kontynuacji oszczędzania na cel emerytalny. Myślenie o uzupełniającym zabezpieczeniu emerytalnym trzeba zmienić z dodatkowego oszczędzania emerytalnego na dodatkowe ubezpieczenie emerytalne, w którym celem jest świadczenie emerytalne.

Jednym z ważnych sposobów jest dodatkowe ubezpieczenie emerytalne, a zatem zastosowanie klasycznego rozwiązania ubezpieczeniowego, nazywanego ubezpieczeniem rentowym (renta w znaczeniu ekonomicznym: mieć coś z posiadania czegoś, ang. *annuity*), w którym nie tylko uwzględnia się wielkość kapitału

(jednorazowej składki) i przeciętne dalsze trwanie życia, lecz także stopę zwrotu z kapitału emerytalnego.

Wśród tych produktów emerytalnych należy wyróżnić [Stroiński, 2003, s. 201–220]:

- **ubezpieczenia rentowe z odroczonym terminem płatności (poprzedzone oszczędzaniem)**:
  - renta ze zwrotem oszczędności (z dziedziczeniem) ze świadczeniem dożywotnim,
  - renta bez zwrotu oszczędności (bez dziedziczenia) ze świadczeniem dożywotnim,
  - renta ze zwrotem oszczędności (z dziedziczeniem) z ustalonym okresem płatności,
  - renta bez zwrotu oszczędności (bez dziedziczenia) z ustalonym okresem płatności;
- **ubezpieczenia rentowe ze składki jednorazowej (kapitałowej)**:
  - renta dożywotnia,
  - renta z ustalonym okresem płatności,
  - renta dożywotnia z okresem gwarantowanym.

Tego rodzaju produkty są domeną zakładów ubezpieczeń. Najogólniej mówiąc, chodzi o ubezpieczeniowy produkt emerytalny, czyli o ubezpieczeniową konstrukcję uzupełniającego zabezpieczenia emerytalnego.

Ubezpieczeniowe produkty emerytalne oferowane przez poszczególne zakłady ubezpieczeń mogą się różnić rozwiązaniami zarówno w części oszczędnościowej, jak i w części wypłat świadczeń, oraz kombinacjami tych rozwiązań.

Podsumowując ten fragment podręcznika, można stwierdzić, że pod wpływem przede wszystkim demografii emerytalnej i finansów publicznych można oczekiwać, iż nadal będą dokonywane – mniejsze lub większe – zmiany w systemie zabezpieczenia emerytalnego, w ich organizacji i funkcjonowaniu. Przyszłość powszechnych systemów emerytalnych to raczej emerytura o charakterze socjalnym, czyli gwarantowana przez państwo emerytura minimalna, która byłaby powiększana dobrowolnie, w różnych formach, przede wszystkim z inicjatywy przyszłych emerytów. Należy zatem przekonywać Polaków do systemu, w którym przyszły standard emerytalny będzie zależał przede wszystkim od nich samych, a nie różnych form przymusu emerytalnego, czy to repartycyjnego, czy to kapitałowego.

Słowa kluczowe

- Finansowanie kapitałowe
- Finansowanie repartycyjne
- Fundusz emerytalny w FUS
- Fundusz Ubezpieczeń Społecznych (FUS)
- Indywidualne Konto Emerytalne (IKE)

- Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego (IKZE)
- Kapitałowy system emerytalny
- Otwarty Fundusz Emerytalny (OFE)
- Powszechne Towarzystwo Emerytalne (PTE)
- Pracowniczy Program Emerytalny (PPE)
- Repartycyjny system emerytalny
- Ryzyko starości
- Składka emerytalna
- System emerytalny (system zabezpieczenia emerytalnego)
- System emerytalny o zdefiniowanej składce
- System emerytalny o zdefiniowanym świadczeniu
- Ubezpieczenia rentowe z odroczonym terminem płatności
- Ubezpieczenia rentowe ze składki jednorazowej (kapitałowej)
- Ubezpieczenie rentowe
- Waloryzacja emerytur
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)

Pytania kontrolne

1. Czym się różnią systemy emerytalne o zdefiniowanym świadczeniu i o zdefiniowanej składce?
2. Na czym polega repartycyjne uzyskiwanie uprawnień emerytalnych?
3. Na czym polega kapitałowe uzyskiwanie uprawnień emerytalnych?
4. Wyjaśnij, na czym polega ubezpieczeniowa zasada wypłaty świadczeń emerytalnych?
5. Opisz instytucjonalne formy uzupełniającego oszczędzania na cele emerytalne w Polsce.
6. Na czym polega dodatkowe ubezpieczenie emerytalne?
7. Opisz formy ubezpieczenia rentowego (emerytalnego w znaczeniu *annuity*)?

6.3. Ubezpieczenia rentowe, chorobowe i wypadkowe w Polsce

B. Więckowska

Ubezpieczenia rentowe, chorobowe i wypadkowe łącznie z ubezpieczeniem emerytalnym stanowią grupę ubezpieczeń, które w Polsce są finansowane w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS) zarządzanego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Ubezpieczenia te, mimo że obejmują różne rodzaje ryzyka społecznego (ubezpieczenie chorobowe – ryzyko niezdolności do pracy na skutek choroby; ryzyko macierzyństwa; ubezpieczenie rentowe – ryzyko długotrwałej niezdolności do pracy; ryzyko zgonu żywiciela; ubezpieczenie wypadkowe – ryzyko wypadku przy pracy, w tym wypadek zrównany z wypadkiem przy pracy; ryzyko choroby zawodowej i wynikające z nich ryzyko niezdolności do pracy oraz ryzyko

zgonu żywiciela)[41], są zbliżone pod względem świadczeń wypłacanych w ramach tych ubezpieczeń. Można wręcz powiedzieć, że ubezpieczenie wypadkowe gwarantuje wszystkie te świadczenia określone w ramach ubezpieczenia chorobowego i ubezpieczenia wypadkowego, które mogą być następstwem choroby zawodowej lub wypadku przy pracy.

Z tego względu niniejszy rozdział został przygotowany w postaci analizy porównawczej ubezpieczenia rentowego, chorobowego oraz wypadkowego. Autorka starała się przedstawić te ubezpieczenia jako produkty ubezpieczeniowe analogiczne do funkcjonujących na komercyjnym rynku ubezpieczeń, stąd też w pierwszym kroku zostali określeni ubezpieczający, ubezpieczony oraz wysokości poszczególnych składek. Następnie przedstawione zostały świadczenia ze szczególnym naciskiem na różnice w wypłacie w zależności od rodzaju ubezpieczenia.

Rozdział ten w głównej mierze opiera się na aktach prawnych. Przede wszystkim są to: ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (dalej: **uosus**); ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (dalej: **uoeir**); ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (dalej: **uośch**); ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (dalej: **uouwch**).

6.3.1. Płatnik składki (ubezpieczający)

Często w ubezpieczeniach funkcjonujących w ramach bazowego zabezpieczenia społecznego występuje taka sytuacja, że istnieje jednocześnie więcej niż jeden podmiot zobligowany do wnoszenia składki ubezpieczeniowej[42]. Podobna sytuacja występuje w polskim systemie zabezpieczenia społecznego, tj. w przypadku ubezpieczenia rentowego składka jest dzielona pomiędzy płatnika składek i ubezpieczonego (rys. 6.10). Natomiast w przypadku ubezpieczenia chorobowego składkę w całości finansuje ubezpieczony, a w przypadku ubezpieczenia wypadkowego – płatnik składek[43].

[41] Więcej na temat definiowania tych rodzajów ryzyka, zob. [Jończyk , 2006), s. 12–22].

[42] Podmiot ten, w przeciwieństwie do ubezpieczeń oferowanych w sektorze prywatnym, zamiast ubezpieczającym nazywany jest płatnikiem składek.

[43] Wyjątek stanowią tutaj m.in. osoby prowadzące pozarolniczą działalność oraz osoby objęte ubezpieczeniami dobrowolnie, gdzie składki chorobowa, rentowa oraz wypadkowa są finansowane w całości przez te osoby.

Finansowanie	Ubezpieczenie chorobowe	Ubezpieczenie rentowe	Ubezpieczenie wypadkowe
Ubezpieczony	+	+	
Płatnik		+	+

Uwaga: osoby prowadzące pozarolniczą działalność oraz osoby objęte ubezpieczeniami dobrowolnie finansują składki w całości.

Rysunek 6.10. Źródła finansowania składki

Źródło: opracowanie własne.

Zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych płatnikami składek na ubezpieczenia społeczne są:

- pracodawca – w stosunku do pracowników i osób odbywających służbę zastępczą, oraz jednostka organizacyjna lub osoba fizyczna pozostająca z inną osobą fizyczną w stosunku prawnym uzasadniającym objęcie tej osoby ubezpieczeniami społecznymi, w tym z tytułu przebywania na urlopie wychowawczym albo pobierania zasiłku macierzyńskiego, z wyłączeniem osób, którym zasiłek macierzyński wypłaca ZUS,
- jednostka wypłacająca świadczenie socjalne, zasiłki socjalne oraz wynagrodzenia przysługujące w okresie korzystania ze świadczenia górniczego lub w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie – w stosunku do osób pobierających świadczenia socjalne wypłacane w okresie urlopu, osób pobierających zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia oraz osób pobierających wynagrodzenie przysługujące w okresie korzystania ze świadczenia górniczego lub w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie,
- podmiot, na rzecz którego wykonywana jest odpłatnie praca w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania – w stosunku do osób, które ją wykonują na podstawie skierowania do pracy, lub osób podlegających ubezpieczeniom społecznym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego, jeżeli zasiłek wypłaca ten podmiot,
- Kancelaria Sejmu – w stosunku do posłów i posłów do Parlamentu Europejskiego, o których mowa w art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 30 lipca 2004 r. o uposażeniu posłów do Parlamentu Europejskiego wybranych w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. Nr 187, poz. 1925 ze zm.),
- Kancelaria Senatu – w stosunku do senatorów,
- duchowny niebędący członkiem zakonu albo przełożony domu zakonnego lub klasztoru – w stosunku do członków swych zakonów lub, za zgodą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, inna zwierzchnia instytucja diecezjalna lub zakonna w odniesieniu do duchownych objętych tą zgodą,

- jednostka organizacyjna podległa Ministrowi Obrony Narodowej – w stosunku do żołnierzy niezawodowych pełniących czynną służbę wojskową, z wyłączeniem żołnierzy pełniących służbę kandydacką,
- ośrodek pomocy społecznej – w stosunku do osób rezygnujących z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz wspólnie niezamieszkującymi matką, ojcem lub rodzeństwem, jak również w stosunku do osób pobierających świadczenie pielęgnacyjne, jeżeli zostanie uprawniony do wypłaty tych świadczeń przez wójta, burmistrza lub prezydenta miasta,
- powiatowy urząd pracy – w stosunku do osób pobierających zasiłek dla bezrobotnych lub stypendium,
- inne niż powiatowy urząd pracy podmioty kierujące – w stosunku do osób pobierających stypendium w okresie szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego,
- centrum integracji społecznej – stosunku do osób pobierających świadczenie integracyjne,
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych – w stosunku do osób podlegających ubezpieczeniom społecznym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego albo zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego, jeżeli zasiłki te wypłaca ZUS, oraz w stosunku do osób sprawujących osobistą opiekę nad dzieckiem (po spełnieniu dodatkowych warunków),
- podmiot wypłacający stypendium sportowe – w stosunku do osób pobierających te stypendia,
- minister właściwy do spraw finansów publicznych oraz dyrektor izby celnej – w stosunku do funkcjonariuszy celnych,
- Krajowa Szkoła Administracji Publicznej – w stosunku do słuchaczy pobierających stypendium,
- osoba prowadząca pozarolniczą działalność – w stosunku do osób współpracujących przy prowadzeniu tej działalności,
- wojewódzki urząd pracy – w stosunku do osób, których świadczenia pracownicze finansowane są ze środków Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, jeżeli świadczenia te wypłacane są przez ten urząd,
- jednostka obsługi ekonomiczno-administracyjnej utworzona przez jednostkę samorządu terytorialnego – jeżeli rozlicza i opłaca składki za ubezpieczonych wykonujących pracę w podlegających jej szkołach, przedszkolach i innych jednostkach organizacyjnych systemu oświaty,
- podmiot, w którym pełniona jest służba – w odniesieniu do żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy oddelegowanych do pełnienia w nim służby, jeżeli podmiot ten wypłaca im uposażenie,
- wójt, burmistrz lub prezydent miasta – w odniesieniu do osób otrzymujących świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekuna,

- podmiot, który wypłaca świadczenie szkoleniowe po ustaniu zatrudnienia – w stosunku do osób, którym wypłaca to świadczenie,
- pracownik, który na podstawie art. 21 rozporządzenia 987/2009 przejął obowiązki pracodawcy (podmiotu zagranicznego, który nie ma w Polsce siedziby ani przedstawicielstwa) w zakresie opłacania składek na własne ubezpieczenia społeczne,
- podmiot, w którym działa rada nadzorcza – w stosunku do członków rad nadzorczych.

6.3.2. Ubezpieczeni

Objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach omawianych ubezpieczeń następuje na drodze obowiązku lub dobrowolności, przy czym możliwość ubezpieczenia na bazie dobrowolności może następować po spełnieniu dodatkowych warunków. W niektórych natomiast sytuacjach ubezpieczenie to nie jest możliwe (tab. 6.9).

Tabela 6.9. Podleganie ubezpieczeniu rentowemu, chorobowemu i wypadkowemu

Tytuł do ubezpieczenia	Rentowe	Chorobowe	Wypadkowe
1	2	3	4
Pracownik z tytułu stosunku pracy	+	+	+
Osoba wykonująca pracę nakładczą	+	D	N
Członek rolniczej spółdzielni produkcyjnej lub spółdzielni kółek rolniczych	+	+	+
Zleceniobiorca – umowa agencyjna lub zlecenie*	+	D	+
Osoby wykonujące umowę zlecenia lub o dzieło na rzecz własnego pracodawcy	+	+	+
Osoba prowadząca pozarolniczą działalność	+	D	+
Osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność albo ze zleceniobiorcą	+	D	+
Poseł lub senator, poseł do PE	+	N	+
Stypendysta sportowy	+	N	+
Pobierający stypendium słuchacze Krajowej Szkoły Administracji Publicznej	+	N	+
Skazany lub tymczasowo aresztowany wykonujący pracę na podstawie skierowania w czasie odbywania kary lub tymczasowego aresztowania	+	N	+

1	2	3	4
Bezrobotny pobierający zasiłek dla bezrobotnych	+	N	N
Bezrobotny absolwent pobierający stypendium	+	N	+
Bezrobotny w okresie studiów podyplomowych pobierający stypendium	+	N	+
Osoby posiadające status duchownego	+	D	+
Żołnierz niezawodowy pełniący czynną służbę wojskową, z wyłączeniem żołnierzy pełniących służbę kandydacką – służba zasadnicza	+	N	N
Osoby odbywające zastępcze formy służby wojskowej	+	+	+
Funkcjonariusze Służby Celnej	+	N	+
Osoby na urlopie macierzyńskim pobierające zasiłek macierzyński	+	N	N
Osoby na urlopie wychowawczym**	+	N	N
Osoby objęte pomocą społeczną pobierające zasiłek lub świadczenie socjalne	+	N	N
Górnicy w okresie urlopu górniczego pobierający świadczenie górnicze	+	N	N
Osoby bezrobotne pobierające świadczenie szkoleniowe	+	N	N
Osoby, które zrezygnowały z zatrudnienia w celu sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny	+	N	N
Osoby, które zrezygnowały z zatrudnienia w celu sprawowania opieki nad dzieckiem, pobierające zasiłek pielęgnacyjny lub opiekuńczy	+	N	N
Osoby prowadzące działalność pozarolniczą, osoby współpracujące, osoby wykonujące umowę zlecenia, duchowni, którzy zaprzestali działalności w celu opieki nad małym dzieckiem	+	N	N
Osoby sprawujące opiekę nad małym dzieckiem na terenie RP, a które nie spełniają warunków do objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym	D	N	N

* Nie podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu, jeżeli są uczniami gimnazjów, szkół ponadgimnazjalnych, szkół ponadpodstawowych lub studentami, do ukończenia 26 lat.

** Obowiązkowe ubezpieczenie emerytalne i rentowe nie dotyczy w tym przypadku emerytów i rencistów.

Objaśnienia: + – obowiązkowe ubezpieczenie; D – dobrowolne ubezpieczenie; N – niemożliwe ubezpieczenie.

Źródło: opracowanie własne.

6.3.3. Składka

Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenia rentowe, chorobowe i wypadkowe jest taka sama (art. 20 pkt 1 uosus) i, zgodnie z ogólną zasadą, stanowi przychód w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych z tytułu: zatrudnienia w ramach stosunku pracy, pracy nakładczej, służby, wykonywania mandatu posła lub senatora, wykonywania pracy w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania, pobierania zasiłku dla bezrobotnych, świadczenia integracyjnego i stypendium wypłacanych bezrobotnym oraz stypendium sportowego, a także z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności oraz umowy agencyjnej lub umowy zlecenia, jak również z tytułu współpracy przy tej działalności lub współpracy przy wykonywaniu umowy oraz przychodów z działalności wykonywanej osobiście przez osoby należące do składu rad nadzorczych, niezależnie od sposobu ich powoływania (art. 9 pkt 9 uosus).

Ciekawy wyjątek występuje w sytuacji prowadzenia działalności gospodarczej. Wówczas podstawą wymiaru jest kwota zadeklarowana, nie mniejsza jednak niż 60% przeciętnego wynagrodzenia (a przez pierwsze 24 miesiące prowadzenia działalności kwota 30% przeciętnego wynagrodzenia)[44]. Tak zdefiniowana podstawa wymiaru składki sprawia, że różnice w oskładkowaniu różnych źródeł dochodów z pracy są istotne oraz mogą w znaczny sposób przyczyniać się do arbitrażu płacowego [Więckowska, 2013b, s. 97–110].

Odmiennie kształtuje się również kwestia podstawy wymiaru składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w przypadku żołnierzy niezawodowych pełniących czynną służbę wojskową (z wyłączeniem żołnierzy pełniących służbę kandydacką) oraz duchownych. W powyższych przypadkach podstawę wymiaru składki stanowi kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę, obowiązującego w grudniu roku poprzedniego (art. 18 ust. 4 pkt 5 uosus). Składki te finansowane są z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Obrony Narodowej.

Różnica w obliczaniu podstawy wymiaru składki występuje również w przypadku osób rezygnujących z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz wspólnie zamieszkującymi matką, ojcem lub rodzeństwem. W powyższych przypadkach podstawę wymiaru składki stanowi kwota kryterium dochodowego na osobę w rodzinie (art. 18 ust. 5 uosus), ustalona według odrębnych przepisów, składka ta finansowana jest w całości przez ośrodki pomocy społecznej.

Stopy procentowe składek wynoszą:

- 8,00% podstawy wymiaru – na ubezpieczenia rentowe,
- 2,45% podstawy wymiaru – na ubezpieczenie chorobowe,
- od 0,40% do 8,12% podstawy wymiaru – na ubezpieczenie wypadkowe.

[44] O innych sposobach ustalania podstawy wymiaru składki zob. art. 18 uosus.

Obciążenia z tytułu tych ubezpieczeń dzielone są pomiędzy płatnika składek i ubezpieczonego. Płatnik składek w całości finansuje składkę wypadkową oraz składkę rentową w wysokości 6,5% podstawy wymiaru. Natomiast ubezpieczony w całości finansuje składkę chorobową oraz 1,5% podstawy wymiaru składki rentowej.

W systemie istnieją również górne ograniczenia wysokości składek. Dotyczą one ubezpieczenia rentowego oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe i wypadkowe nie jest ograniczona z góry.

Roczna podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie rentowe w danym roku kalendarzowym nie może być wyższa od kwoty odpowiadającej trzydziestokrotności prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok kalendarzowy, określonego w ustawie budżetowej, ustawie o prowizorium budżetowym lub ich projektach, jeżeli odpowiednie ustawy nie zostały uchwalone (art. 19 pkt 1 uosus). Oznacza to, że w przypadku przekroczenia tej kwoty przykładowo przez wynagrodzenie pracownika, składka rentowa od kolejnych wynagrodzeń nie jest potrącana. Jednocześnie pracodawca też nie ponosi kosztów swojej części składki. W przypadku ubezpieczenia dobrowolnego podstawa wymiaru składki nie może być wyższa niż 250% przeciętnego wynagrodzenia (art. 20 pkt 3 uosus).

6.3.4. Świadczenia

Zasiłek chorobowy

Zasiłek chorobowy przysługuje osobie niezdolnej do pracy na skutek choroby albo wypadku w drodze do pracy/z pracy (w przypadku wypłacania tego świadczenia w ramach ubezpieczenia chorobowego) lub na skutek wypadku przy pracy[45] albo

[45] Art. 3.1. (uouwch) Za wypadek przy pracy uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą:
1) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych;
2) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia;
3) w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy.
2. Na równi z wypadkiem przy pracy, w zakresie uprawnienia do świadczeń określonych w ustawie, traktuje się wypadek, któremu pracownik uległ:
1) w czasie podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w ust. 1, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem pracownika, które nie pozostaje w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań;
2) podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony;
3) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe.

choroby zawodowej[46] (w przypadku wypłacania tego świadczenia w ramach ubezpieczenia wypadkowego). Prawo do zasiłku chorobowego wypłacanego z ubezpieczenia chorobowego przysługuje pod warunkiem posiadania minimalnego okresu ubezpieczenia chorobowego (tzw. okres wyczekiwania)[47], który wynosi (art. 4 pkt 1 uośch)[48]:

- 30 dni w przypadku osób ubezpieczonych obowiązkowo,
- 90 dni w przypadku osób ubezpieczonych dobrowolnie.

To samo dotyczy wynagrodzenia za czas choroby.

Bez okresu wyczekiwania świadczenie przysługuje gdy (art. 4 pkt 3 uośch):

- niezdolność została spowodowana wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy,
- absolwentom szkół wyższych, którzy zostali objęci ubezpieczeniem chorobowym, w ciągu 90 dni od ukończenia szkoły,
- posłom i senatorom, którzy przystąpili do ubezpieczenia, w ciągu 90 dni od zakończenia kadencji,
- podlegającym ubezpieczeniu chorobowemu obowiązkowo, którzy mają co najmniej 10-letni okres obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego.

Natomiast prawo do zasiłku chorobowego wypłacanego w ramach ubezpieczenia wypadkowego we wszystkich przypadkach wypłacane jest bez okresu wyczekiwania (art. 8 pkt 1 uouwch). Podobna zasada występuje we wszystkich komercyjnych ubezpieczeniach wypadkowych, albowiem okres karencji, którego głównym celem jest minimalizowanie selekcji ryzyka, nie jest w tych ubezpieczeniach stosowany[49].

Zasiłek chorobowy wypłacany jest za dni niezdolności do pracy. Wyjątek stanowi świadczenie wypłacane pracownikom w ramach ubezpieczenia chorobowego. W tym przypadku przez pierwsze 33 dni niezdolności do pracy w roku kalendarzowym (a w przypadku pracownika, który ukończył 50 rok życia – trwającej łącznie do 14 dni w ciągu roku kalendarzowego) świadczenie, w postaci wynagrodzenia za czas choroby, wypłaca pracodawca (art. 92 ustawy z dnia 2 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2014 r., poz. 1502, 1662)).

Wysokość zasiłku chorobowego jest różna w zależności od przyczyny niezdolności do pracy oraz ubezpieczenia, w ramach którego świadczenie to jest wypłacane (tab. 6.10). Jednakże we wszystkich przypadkach podstawą wymiaru świadczenia jest średni przychód z 12 miesięcy poprzedzających miesiąc zachorowania, stanowiący podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe (nie niższy od minimalnego wynagrodzenia) po odliczeniu finansowanych przez pracownika

[46] Za chorobę zawodową uważa się chorobę określoną w art. 235[1] Kodeksu pracy.

[47] Okres wyczekiwania jest synonimem okresu karencji.

[48] Do okresu wyczekiwania wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni lub była spowodowana urlopem wychowawczym, urlopem bezpłatnym albo odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego (art. 4 pkt 2 uośch).

[49] Innymi słowy, nie występuje tutaj zjawisko przystępowania do wspólnoty ryzyka osób, u których indywidualne ryzyko wystąpienia nieszczęśliwego wypadku jest wyższe niż średnie.

składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i chorobowe (czyli maks. 13,71%).

Tabela 6.10. Wysokość podstawy wymiaru zasiłku chorobowego

Przyczyna wypłaty zasiłku	Ubezpieczenie chorobowe		Ubezpieczenie wypadkowe
	Wynagrodzenie za czas choroby	Zasiłek chorobowy	Zasiłek chorobowy
1	2	3	4
Wypadek w drodze do pracy lub z pracy	100%		
Choroba przypadająca w czasie ciąży	100%		
Poddanie się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów oraz poddanie się zabiegowi pobrania komórek, tkanek i narządów	100%		
Pobyt w szpitalu	80%*	70%	100%
Pozostałe przypadki	80%*	80%	100%

*Chyba że obowiązujące u danego pracodawcy przepisy prawa pracy przewidują wyższe wynagrodzenie z tego tytułu (art. 92 pkt 1 Kodeksu pracy).

Źródło: opracowanie własne.

Przykład

Pracownica zatrudniona od stycznia 2013 r. zaczęła chorować w maju 2014 r., przedstawiając zwolnienie na okres 21 dni. Wynagrodzenie pracownicy wynosiło:

a) za okres od stycznia 2013 r. do grudnia 2013 r. – 2600 zł brutto,

b) za okres od stycznia 2014 r. do maja 2014 r. – 2800 zł brutto.

Ponieważ pracownica nie chorowała wcześniej, przysługującym jej świadczeniem jest wynagrodzenie za czas choroby wypłacane przez pracodawcę. Wysokość tego świadczenia została wyliczona następująco:

a) przeciętne miesięczne wynagrodzenie (suma wynagrodzeń pomniejszonych o 13,71% podzielona przez 12) wynosi:

$[8 \cdot (2600 - 2600 \cdot 13{,}71\%) + 4 \cdot (2800 - 2800 \cdot 13{,}71\%)]/12 = 2301{,}07$ zł

b) wynagrodzenie za jeden dzień zwolnienia wynosi:

$2301{,}07/30 = 76{,}70$ zł

c) wynagrodzenie za czas choroby wyniesie: $21 \cdot 76{,}70$ zł $\cdot 80\% = 1288{,}60$ zł

Zasiłek chorobowy ulega zmniejszeniu o 25% z tytułu opóźnienia w dostarczeniu do pracodawcy zwolnienia lekarskiego (jeżeli pracownik nie dostarczy go w ciągu 7 dni od otrzymania, obniżony zostanie zasiłek od 8 dnia). Z kolei ubezpieczonemu, którego niezdolność do pracy spowodowana została nadużyciem alkoholu, zasiłek chorobowy nie przysługuje za pierwszych 5 dni tej niezdolności (art. 16 uośch).

Zasiłek chorobowy **nie przysługuje**:

- za okres, w którym pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia,
- za okresy niezdolności do pracy przypadające w czasie urlopu bezpłatnego, urlopu wychowawczego, tymczasowego aresztowania lub odbywania kary pozbawienia wolności,
- pracownikowi odsuniętemu od pracy z powodu podejrzenia o nosicielstwo zarazków choroby zakaźnej, jeżeli nie podjął proponowanej mu przez pracodawcę innej pracy niezabronionej takim osobom,
- jeśli niezdolność do pracy powstała w wyniku umyślnego przestępstwa lub wykroczenia popełnionego przez pracownika,
- jeżeli pracownik przedstawił fałszywe zaświadczenie lekarskie,
- jeżeli w okresie niezdolności do pracy wykonuje pracę zarobkową,
- jeżeli wykorzystuje zwolnienie w sposób niezgodny z jego celem.

Zasiłek chorobowy przysługuje przez okres nie dłuższy niż 182 dni, a w przypadku gruźlicy oraz ciąży – nie dłuższy niż 270 dni. Do okresu zasiłkowego wlicza się okresy poprzedniej niezdolności do pracy spowodowanej tą samą chorobą, jeżeli przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej niezdolności do pracy nie przekraczała 60 dni (art. 9 uośch).

Świadczenie rehabilitacyjne

Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy (art. 18 pkt 1 uośch). Przy czym świadczenie to nie przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego oraz do urlopu w celu poratowania zdrowia (art. 18 pkt 7 uośch).

Świadczenie rehabilitacyjne, podobnie jak zasiłek chorobowy, może być wypłacane zarówno jako świadczenie w ramach ubezpieczenia chorobowego (gdy niezdolność do pracy nie była spowodowana wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową), jak i w ramach ubezpieczenia wypadkowego (gdy niezdolność do pracy została spowodowana wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową).

Wysokość świadczenia rehabilitacyjnego zależy od rodzaju ubezpieczenia, w ramach którego jest wypłacane, oraz jest zmienne w czasie. W przypadku ubezpieczenia chorobowego świadczenie rehabilitacyjne wypłacane jest w wysokości 90%

podstawy wymiaru zasiłku chorobowego za okres pierwszych trzech miesięcy oraz 75% tej podstawy za pozostały okres. Wyjątek stanowi sytuacja, gdy niezdolność do pracy przypada w okresie ciąży. Wówczas świadczenie rehabilitacyjne przyjmuje stałą wartość 100% podstawy wymiaru zasiłku chorobowego (art. 19 pkt 1 uośch). W przypadku ubezpieczenia wypadkowego wysokość świadczenia rehabilitacyjnego wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku chorobowego niezależnie od przyczyny niezdolności do pracy (art. 9 uouwch).

Zarówno w przypadku ubezpieczenia chorobowego, jak i ubezpieczenia wypadkowego świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy (art. 18 pkt 2 uośch). W przypadku gdy pracownik, który w okresie pobierania świadczenia został zwolniony bez wypowiedzenia, zgłosi powrót do pracy niezwłocznie po wyczerpaniu tego świadczenia, pracodawca w miarę możliwości powinien go zatrudnić, choćby nastąpiło to po upływie sześciu miesięcy od rozwiązania stosunku pracy (art. 20 uośch).

Zasiłek wyrównawczy

Zasiłek wyrównawczy jest kolejnym świadczeniem, które może być wypłacane z ubezpieczenia wypadkowego oraz z ubezpieczenia chorobowego. Przysługuje on ubezpieczonemu będącemu pracownikiem ze zmniejszoną sprawnością do pracy, wykonującemu pracę (art. 23 pkt 1 uośch):

- w zakładowym lub międzyzakładowym ośrodku rehabilitacji zawodowej,
- u pracodawcy na wyodrębnionym stanowisku pracy dostosowanym do potrzeb adaptacji lub przyuczenia do określonej pracy,

jeżeli jego miesięczne wynagrodzenie osiągane podczas rehabilitacji jest niższe od przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia stanowiącego podstawę wymiaru zasiłku chorobowego.

Niezależnie od źródła wypłacania zasiłku wyrównawczego (ubezpieczenie chorobowe, ubezpieczenie wypadkowe) jego wysokość oraz okres wypłaty są takie same. Aby obliczyć wysokość zasiłku wyrównawczego, trzeba określić dwie kwoty (art. 24 pkt 1 uośch):

- przeciętne miesięczne wynagrodzenie osiągnięte przez pracownika przed miesiącem, w którym rozpoczął rehabilitację zawodową (pomniejszone o potrącone przez pracodawcę składki na ubezpieczenia emerytalne, rentowe oraz chorobowe),
- miesięczne wynagrodzenie pracownika z pracy, którą wykonuje w warunkach rehabilitacji zawodowej, po pomniejszeniu o potrącone składki na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i chorobowe.

Wysokość zasiłku wyrównawczego to różnica pomiędzy tymi dwiema kwotami.

Zasiłek wyrównawczy przysługuje przez okres rehabilitacji zawodowej nie dłużej jednak niż przez 24 miesiące, liczone od dnia, w którym pracownik podjął

rehabilitację. Jednakże prawo do świadczenia ustaje również wtedy, gdy z uwagi na stan zdrowia ubezpieczonego będącego pracownikiem lekarz orzecznik ZUS stwierdzi, że dalsza rehabilitacja zawodowa stała się niecelowa.

Zasiłek wyrównawczy **nie przysługuje** pracownikowi, jeśli jest on uprawniony do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, oraz za okresy:

- niezdolności do pracy z powodu choroby,
- niezdolności do pracy z powodu sprawowania opieki,
- pobierania zasiłku macierzyńskiego,
- usprawiedliwionej nieobecności w pracy z innych przyczyn, np. urlopu bezpłatnego.

Zasiłek macierzyński

Zasiłek macierzyński jest świadczeniem wypłacanym jedynie z ubezpieczenia chorobowego i kojarzy się przede wszystkim z koniecznością opieki nad nowo urodzonym dzieckiem. Jednakże przysługuje on również ubezpieczonej, która (art. 29 pkt 1 uośch):

- przyjęła na wychowanie dziecko w wieku do 7 roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego – do 10 roku życia, i wystąpiła do sądu opiekuńczego w sprawie jego przysposobienia;
- przyjęła na wychowanie w ramach rodziny zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej niespokrewnionej z dzieckiem, dziecko w wieku do 7 roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego – do 10 roku życia.

Zasiłek macierzyński przysługuje przez okres (art. 29 pkt 5 oraz 5a uośch):

- urlopu macierzyńskiego,
- dodatkowego urlopu macierzyńskiego,
- urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego,
- dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego,
- urlopu rodzicielskiego,
- urlopu ojcowskiego.

Świadczenie to dedykowane jest przede wszystkim kobietom. Ojciec dziecka ma prawo „przejąć" pobieranie zasiłku macierzyńskiego po wykorzystaniu przez kobietę co najmniej 14-tygodniowego okresu wypłaty świadczenia (art. 29 pkt 4a). Wyjątek stanowi sytuacja, gdy następuje śmierć ubezpieczonej lub porzucenie przez nią dziecka. Wówczas świadczenie wypłacane jest ubezpieczonemu – ojcu dziecka lub innemu ubezpieczonemu członkowi najbliższej rodziny (jeżeli przerwą zatrudnienie lub inną działalność zarobkową w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem), niezależnie od stopnia wykorzystania zasiłku macierzyńskiego przez matkę (art. 29 pkt 4 uośch).

Wysokość tego świadczenia wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku. Wyjątek stanowi świadczenie wypłacane podczas urlopu rodzicielskiego – zasiłek macierzyński wynosi wówczas 60% podstawy wymiaru (art. 31 pkt 1 oraz pkt 2 uośch).

Urlop macierzyński składa się z dwóch części – obowiązkowej i nieobowiązkowej. Jego długość zależy od liczby urodzonych/przysposobionych/przyjętych na wychowanie dzieci. W przypadku części obowiązkowej (urlop ten musi wykorzystać matka lub ojciec) urlop wynosi (art. 180 KP):

- po urodzeniu jednego dziecka – 20 tygodni,
- jeśli urodzi się dwójka dzieci – 31 tygodni,
- przy trójce dzieci – 33 tygodnie,
- przy urodzeniu czwórki dzieci urlop obowiązkowy trwa 35 tygodni,
- jeśli kobieta urodzi pięcioro i więcej dzieci, obowiązkowy urlop macierzyński wynosi 37 tygodni.

Dodatkowy urlop macierzyński, przyznawany na wniosek ubezpieczonej, jednak nie dłużej niż na 14 dni przed planowanym dniem rozpoczęcia tego urlopu, wynosi (art. 182^1 KP)[50]:

- w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie – do 6 tygodni,
- w przypadku urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie – do 8 tygodni.

W przypadku przysposobienia dziecka lub przyjęcia dziecka na wychowanie jako rodzina zastępcza pracownikowi przysługuje prawo do urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, a następnie prawo do dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego. Okresy tych urlopów są tożsame z okresami opisanymi powyżej. Różnica polega na tym, że przysługują one nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 7 roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego, nie dłużej niż do ukończenia przez nie 10 roku życia.

Ubezpieczona może również wnioskować o przyznanie jej urlopu rodzicielskiego. Długość urlopu rodzicielskiego jest niezależna od liczby urodzonych dzieci i wynosi 26 tygodni (art. 182^{1a} KP).

W listopadzie 2008 roku, gdy Sejm RP przegłosował nowe prawo, wprowadzono tzw. urlop ojcowski. Od 2010 roku mężczyzna może (zamiast kobiety) wziąć nadobowiązkowy (fakultatywny) urlop na opiekę nad dzieckiem. Długość tego urlopu wynosi 2 tygodnie, z tym że może być on udzielony w ciągu pierwszego roku życia dziecka (art. 182^3 KP)[51].

[50] Urlop ten (lub jego część) może wykorzystać również ojciec. Warunkiem jest zgłoszenie tego faktu pracodawcy co najmniej 14 dni przed jego rozpoczęciem.

[51] Wyjątek stanowi sytuacja przysposobienia dziecka. Wówczas urlop ojcowski może być wykorzystany do upływu 12 miesięcy od dnia uprawomocnienia się postanowienia orzekającego przysposobienie i nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 7. roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego, nie dłużej niż do ukończenia przez nie 10. roku życia.

Tabela 6.11. Okres wypłacania zasiłku macierzyńskiego w przypadku urodzenia jednego dziecka

Urlop	Rodzaj uprawnienia	Matka	Ojciec
Obowiązkowy*	Prawo przysługujące jednemu rodzicowi, nietransferowalne na drugiego rodzica	Tygodnie 1–14 życia dziecka	–
	Może być wykorzystany przez oboje rodziców**	Tygodnie 15–20 życia dziecka	
Fakultatywny*	Prawo przysługujące jednemu rodzicowi, nietransferowalne na drugiego rodzica	–	2 tygodnie (przysługują w trakcie 1 roku życia dziecka)
	Może być wykorzystany przez oboje rodziców**	Tygodnie 21–52 życia dziecka	

* Urlop obowiązkowy – obowiązek prawny wykorzystania urlopu; urlop fakultatywny – prawo do wykorzystania urlopu, ale brak obowiązku; wymiar urlopu został wyrażony w tygodniach życia dziecka (z wyjątkiem 2 tygodni urlopu ojcowskiego).

** Prawo do urlopu obowiązkowego przysługuje matce, matka może jednak po wykorzystaniu 14 tygodni obowiązkowego (podstawowego) urlopu macierzyńskiego zrezygnować z jego pozostałej części na rzecz ojca dziecka, wtedy z urlopu fakultatywnego (dodatkowego) może skorzystać wyłącznie ojciec; w przypadku wykorzystania przez matkę całego przysługującego jej obowiązkowego urlopu macierzyńskiego z urlopu fakultatywnego (dodatkowego) może skorzystać zarówno matka, jak i ojciec.

Źródło: opracowanie własne.

Zasiłek opiekuńczy

Zasiłek opiekuńczy, podobnie jak zasiłek macierzyński, jest świadczeniem przysługującym jedynie z ubezpieczenia chorobowego. Celem jego jest umożliwienie sprawowania opieki nad (art. 32 uośch):

- chorym dzieckiem w wieku do lat 14,
- innym chorym członkiem rodziny, tj. małżonkiem, rodzicami, teściami, dziadkami, wnukami, rodzeństwem lub dziećmi w wieku powyżej 14 lat, pod warunkiem że pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym w okresie sprawowania opieki,
- zdrowym dzieckiem w wieku do lat 8 w przypadku:
  - nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza, a także w przypadku choroby niani, z którą rodzice mają zawartą umowę uaktywniającą, lub dziennego opiekuna, sprawujących opiekę nad dzieckiem,

– porodu lub choroby małżonka ubezpieczonego, stale opiekującego się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi sprawowanie opieki,
– pobytu małżonka ubezpieczonego, stale opiekującego się dzieckiem, w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej.

Wysokość zasiłku jest taka sama, jak wysokość standardowego zasiłku chorobowego, tj. 80% podstawy wymiaru świadczenia (art. 35 uośch), z tym że zasiłek opiekuńczy przysługuje bez tzw. okresu wyczekiwania.

Zasiłek opiekuńczy jest jedynym świadczeniem w ramach omawianych ubezpieczeń przyznawanym na gospodarstwo domowe. Oznacza to, że okres zasiłkowy, który wynosi 60 dni, z czego maksymalnie 14 dni na opiekę nad innym chorym członkiem rodziny (art. 33 uośch), jest niezależny od liczby dzieci jak również liczby ich opiekunów (tj. swobodny podział okresu zasiłkowego pomiędzy ojca i matkę).

Renta z tytułu niezdolności do pracy

Renta z tytułu niezdolności do pracy rozpoczyna grupę świadczeń, które mogą być wypłacone w ramach ubezpieczenia rentowego oraz ubezpieczenia wypadkowego. Prawo do świadczenia uzyskuje osoba, która całkowicie[52] lub częściowo[53] utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu (art. 12 uoeir)[54].

Okres, na jaki zostaje przyznana renta (zarówno częściowa, jak i całkowita), zależy od tego, czy według wiedzy medycznej są rokowania odzyskania zdolności do pracy. Jeżeli istnieją takie rokowania, renta zostaje przyznana na okres do 5 lat. W przeciwnym razie rentę przyznaje się na okres dłuższy, lecz nie dłużej niż do osiągnięcia przez ubezpieczonego minimalnego wieku emerytalnego (art. 13 uoeir). Zgodnie z art. 24a uoeir osobie, która osiągnęła minimalny wiek uprawniający do emerytury, przyznaje się z urzędu emeryturę zamiast renty z tytułu niezdolności do pracy. Emerytura ta nie może być niższa od pobieranej dotychczas renty z tytułu niezdolności do pracy.

Zderzając wyżej wspomniane przepisy z prognozowanymi wysokościami świadczeń emerytalnych w nowym systemie emerytalnym, należy stwierdzić, że dla wszystkich osób, które rozpoczęły pobierać rentę z tytułu niezdolności do pracy w wieku ok. 48 lat i więcej, świadczenie emerytalne będzie wyższe niż dla osób aktywnych zawodowo do osiągnięcia minimalnego wieku emerytalnego. Im późniejszy wiek przejścia na rentę, tym większa różnica pomiędzy świadczeniami

[52] Całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy.

[53] Częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.

[54] Na temat orzekania o niepełnosprawności, zob. [Golinowska (red.), 2012].

– średnio 173% w ostatnich 5 latach przed osiągnięciem minimalnego wieku emerytalnego[55]. Innymi słowy, obecna konstrukcja systemu sprawia, że istnieć będzie bardzo silny bodziec do wyłudzania świadczeń rentowych i dezaktywizacji na kilka lat przed osiągnięciem minimalnego wieku emerytalnego – renta z tytułu niezdolności do pracy, ze świadczenia krótko/średnioterminowego, staje się (będzie postrzegana jako) świadczeniem dożywotnim[56].

Prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy przysługuje jednakże po spełnieniu dwóch dodatkowych warunków (art. 57 uoeir): (1) posiadania minimalnego okresu składkowego i nieskładkowego oraz (2) wystąpienia niezdolności do pracy w okresie składkowym.

Warunek minimalnego okresu uważa się za spełniony, gdy ubezpieczony osiągnął okres składkowy i nieskładkowy wynoszący łącznie co najmniej (art. 58 pkt 1):

- 1 rok – jeżeli niezdolność do pracy powstała przed ukończeniem 20 lat,
- 2 lata – jeżeli niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 20 do 22 lat,
- 3 lata – jeżeli niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 22 do 25 lat,
- 4 lata – jeżeli niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 25 do 30 lat,
- 5 lat – jeżeli niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 30 lat.

Ustawa o emeryturach i rentach z FUS wymienia okresy, które zaliczane są do okresów składkowych oraz które zaliczane są do okresów nieskładkowych (art. 6, art. 7). Ze względu na ograniczoną objętość niniejszego opracowania nie zostaną one tutaj wymienione. Ważne jest, że okresy nieskładkowe nie mogą być większe niż 1/3 okresów składkowych. Należy również podkreślić, że podział ten nie jest podziałem dychotomicznym, co oznacza, że istnieją okresy, które nie będą uwzględnione ani jako okresy składkowe, ani jako okresy nieskładkowe, np. okres bezrobocia bez prawa do zasiłku dla bezrobotnych.

Jeżeli ubezpieczony nie osiągnął okresu składkowego i nieskładkowego, warunek posiadania wymaganego okresu uważa się za spełniony, gdy:

- ubezpieczony został zgłoszony do ubezpieczenia przed ukończeniem 18 lat albo w ciągu 6 miesięcy po ukończeniu nauki w szkole ponadpodstawowej, ponadgimnazjalnej lub w szkole wyższej oraz do dnia powstania niezdolności do pracy miał (bez przerwy lub z przerwami nieprzekraczającymi 6 miesięcy) okresy składkowe i nieskładkowe;

[55] Więcej, zob. [Więckowska, 2013a].

[56] Problem ten będzie ponadto pogłębiony przez wzrost zachorowań na choroby psychiczne. O ile niezdolność do pracy spowodowana inwalidztwem fizycznym jest relatywnie łatwa do zweryfikowania, o tyle ta spowodowana chorobą psychiczną czy stanem bólowym (np. mającym swe źródło w stresie) – już nie [Chłoń-Domińczak, Mazur, Piech (red.) i in., 2013, s. 148]. Aby ograniczyć wyłudzanie świadczeń oraz koszty związane z weryfikacją uprawnień, w krajach UE (np. Wielka Brytania, Dania), coraz większy nacisk kładzie się na jak najszybszą rehabilitację (np. poprzez bliską współpracę rehabilitantów medycznych i zawodowych, np. Holandia) wraz z wypracowaniem (z pracodawcą) planu powrotu na rynek pracy. Więcej [Dzienisiuk, 2011, 165–174; *Sickness*, *Disability*…, 2010]. W Polsce wsparcie osób niezdolnych do pracy nie obejmuje jakichkolwiek działań na rzecz utrzymania obecnego miejsca pracy.

- niezdolność do pracy została spowodowana wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy, wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową.

Warunku, aby niezdolność do pracy powstała w okresach składkowych, nie stosuje się do ubezpieczonego, który udowodnił okres składkowy i nieskładkowy wynoszący co najmniej 20 lat dla kobiety lub 25 lat dla mężczyzny oraz jest całkowicie niezdolny do pracy.

Przykład

Mężczyzna w wieku 28 lat uległ wypadkowi podczas urlopu, który spowodował wystąpienie całkowitej niezdolności do pracy. Jest to osoba z wykształceniem wyższym (studia magisterskie), która 8 miesięcy po zakończeniu studiów (26 lat) rozpoczęła pracę zawodową z zarobkami na poziomie 3-krotności średniego wynagrodzenia.

Określenie prawa do renty:

(1) wypadek podczas okresów składkowych – spełnione

(2) okres składkowy i nieskładkowy minimum – 4 lata;

2 lata składkowe (lata pracy) i 5 lat nieskładkowych (lata studiów), ale lata nieskładkowe mogą stanowić jedynie 1/3 lat składkowych, zatem tylko 2/3 roku można uznać za lata nieskładkowe, a więc mężczyzna ma 2 i 2/3 lat składkowych.

Wniosek: osoba nie ma prawa do renty

Wysokość renty dla osoby całkowicie niezdolnej do pracy obliczana jest na podstawie poniższego wzoru (art. 62 pkt 1 uoeir):

$$24\%\, KB + 1{,}3\%\, IPW \cdot l_s + 0{,}7\%\, IPW \cdot l_n + 0{,}7\%\, IPW \cdot \min\{25-(l_s+l_n);\ 60-x\}$$ [57]

gdzie:

KB – kwota bazowa – 100% przeciętnego wynagrodzenia pomniejszonego o potrącone od ubezpieczonych składki na ubezpieczenia społeczne, określone w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, w poprzednim roku kalendarzowym; kwota bazowa jest ustalana corocznie i obowiązuje od dnia 1 marca każdego roku kalendarzowego do końca lutego następnego roku kalendarzowego, od 1 marca 2014 r. wynosiła 3191,93 zł,

IPW – indywidualna podstawa wymiaru – przeciętna podstawa wymiaru składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe lub na ubezpieczenie społeczne na podstawie przepisów prawa polskiego w okresie kolejnych 10 lat kalendarzowych, wybranych przez zainteresowanego z ostatnich 20 lat kalendarzowych poprzedzających

[57] Przy czym wartość minimalna opisana matematycznie jest realizacją określenia – długość okresu brakującego do pełnych 25 lat okresów składkowych oraz nieskładkowych, przypadających od dnia zgłoszenia wniosku o rentę do dnia, w którym rencista ukończyłby 60 lat.

bezpośrednio rok, w którym zgłoszono wniosek o rentę (art. 15 pkt 1 uoeir); przy czym, gdy świadczenie jest wypłacane z ubezpieczenia rentowego, podstawa ta nie może być wyższa niż 250% kwoty bazowej,

l_s – liczba lat składkowych,

l_n – liczba lat nieskładkowych,

x – wiek rencisty w chwili przyznania prawa do renty.

Przykład

Mężczyzna w wieku 43 lat uległ wypadkowi, który spowodował wystąpienie niezdolności do pracy. Jest to osoba z wykształceniem wyższym, która bezpośrednio po zakończeniu studiów (25 lat) rozpoczęła pracę zawodową z zarobkami na poziomie 1,5-krotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia przez pierwsze 10 lat i 2-krotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia przez następne 5 lat, i 1,25-krotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w końcowym okresie.

a) Określenie prawa do renty: okres składkowy i nieskładkowy dłuższy niż 5 lat, wypadek podczas okresów składkowych.

b) Określenie indywidualnej podstawy wymiaru:

$[(5 \cdot 1{,}5 + 5 \cdot 2)/10\,] \cdot 3191{,}93$ zł $= 1{,}75 \cdot 3191{,}93$ zł $= 5585{,}88$ zł

c) Liczba lat składkowych: 18

d) Liczba lat nieskładkowych: 5

e) Liczba lat brakujących do pełnych 25 lat składkowych i nieskładkowych: 2

f) Wysokość renty to:

$24\% \cdot 3191{,}93$ zł $+ 1{,}3\% \cdot 5585{,}88$ zł $\cdot 18 + 0{,}7\% \cdot 5585{,}88$ zł $\cdot 5 + 0{,}7\% \cdot 5585{,}88$ zł $\cdot 2 = 2346{,}87$ zł

Stopa zastąpienia obecnego wynagrodzenia rentą: 2346,87 zł / (1,25 · 3191,93 zł) = 58,8%

Renta dla osoby częściowo niezdolnej do pracy wynosi 75% renty dla osoby całkowicie niezdolnej do pracy.

Ustawodawca określił też minimalne kwoty rent, z tym że są one różne w zależności od tego, w ramach jakiego ubezpieczenia są wypłacane i zgodne z ogólną zasadą wyższych świadczeń w przypadku wypadków przy pracy lub choroby zawodowej. Minimalne wartości rent są corocznie podwyższane z zastosowaniem wskaźnika waloryzacji. Kwoty najniższej renty z tytułu niezdolności do pracy od 1 marca 2015 r. wynosiły:

1) dla osób całkowicie niezdolnych do pracy 880,45 zł – jeżeli świadczenie jest wypłacane z ubezpieczenia rentowego, 1056,54 zł – jeżeli świadczenie jest wypłacane z ubezpieczenia wypadkowego;

2) dla osób częściowo niezdolnych do pracy 675,13 zł – jeżeli świadczenie jest wypłacane z ubezpieczenia rentowego, 810,16 zł – jeżeli świadczenie jest wypłacane z ubezpieczenia wypadkowego.

Renta szkoleniowa

Renta szkoleniowa jest kolejnym świadczeniem, które może być wypłacane zarówno z ubezpieczenia rentowego, jak i ubezpieczenia wypadkowego. Renta szkoleniowa przysługuje przez okres sześciu miesięcy osobie, w stosunku do której orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie (art. 60 uoeir).

Okres 6 miesięcy ulega wydłużeniu na czas niezbędny do przekwalifikowania zawodowego, jednak nie dłużej niż o 30 miesięcy. Przedłużenie prawa do renty następuje na podstawie wniosku starosty. Okres 6 miesięcy może ulec skróceniu, jeżeli przed upływem tego okresu starosta zawiadomi organ rentowy:

1) o braku możliwości przekwalifikowania do innego zawodu,
2) że osoba zainteresowana nie poddaje się przekwalifikowaniu zawodowemu.

Renta szkoleniowa wynosi 75% podstawy wymiaru renty i nie może być niższa niż najniższa renta dla osoby częściowo niezdolnej do pracy (art. 64 uoeir).

Renta rodzinna

Renta rodzinna przysługuje uprawnionym członkom rodziny osoby, która w chwili śmierci miała ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy lub spełniała warunki wymagane do uzyskania jednego z tych świadczeń[58]. Zatem z ubezpieczeniowego punktu widzenia ryzyko śmierci żywiciela, które jest w tym przypadku przyczyną wypłaty renty rodzinnej, podlega ochronie ubezpieczeniowej nawet po zakończeniu opłacania składek ubezpieczeniowych – osoba pobierająca rentę z tytułu niezdolności do pracy nie opłaca składek na ubezpieczenie rentowe lub jego część związaną z ryzykiem śmierci żywiciela, lecz ryzyko to nadal podlega ochronie ubezpieczeniowej. Co więcej, pierwotnym warunkiem prawa do renty rodzinnej jest posiadanie przez zmarłego prawa do emerytury bądź renty z tytułu niezdolności do pracy. Bez spełnienia tego warunku członkowie rodziny nie będą mieli prawa do renty rodzinnej, mimo że zmarły był objęty ubezpieczeniem rentowym [Mierzejewska, Więckowska, 2010, s. 131].

Renta rodzinna może być wypłacana zarówno w ramach ubezpieczenia rentowego, jak i w ramach ubezpieczenia wypadkowego.

[58] Renta rodzinna przysługuje także uprawnionym członkom rodziny osoby, która w chwili śmierci pobierała zasiłek przedemerytalny, świadczenie przedemerytalne lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne. W takim przypadku przyjmuje się, że osoba zmarła spełniała warunki do uzyskania renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy (art. 66 uoeir).

Do renty rodzinnej uprawnieni są następujący członkowie rodziny (art. 67 uoeir):

1) dzieci własne, dzieci drugiego małżonka oraz dzieci przysposobione,

2) przyjęte na wychowanie i utrzymanie przed osiągnięciem pełnoletności wnuki, rodzeństwo i inne dzieci, w tym również w ramach rodziny zastępczej,

3) małżonek (wdowa i wdowiec),

4) rodzice.

Dzieci własne, dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobione mają prawo do renty rodzinnej (art. 68 uoeir):

1) do ukończenia 16 lat,

2) do ukończenia nauki w szkole (w tym w szkole wyższej), jeżeli przekroczyły 16 lat życia, nie dłużej jednak niż do osiągnięcia 25 lat życia[59], albo

3) bez względu na wiek, jeżeli stały się całkowicie niezdolne do pracy oraz do samodzielnej egzystencji lub całkowicie niezdolne do pracy w okresie, o którym mowa w pkt 1 lub 2.

Przyjęte na wychowanie i utrzymanie wnuki, rodzeństwo i inne dzieci mają prawo do renty rodzinnej, jeżeli spełniają warunki określone dla dzieci, a ponadto (art. 69 uoeir):

1) zostały przyjęte na wychowanie i utrzymanie co najmniej na rok przed śmiercią ubezpieczonego (emeryta lub rencisty), chyba że śmierć była następstwem wypadku, oraz

2) nie mają prawa do renty po zmarłych rodzicach, a gdy rodzice żyją, jeżeli:

a) nie mogą zapewnić im utrzymania albo

b) ubezpieczony (emeryt lub rencista) lub jego małżonek był ich opiekunem ustanowionym przez sąd.

Wdowa (wdowiec) ma prawo do renty rodzinnej, jeżeli (art. 70 uoeir):

1) w chwili śmierci męża osiągnęła wiek 50 lat lub była niezdolna do pracy (albo w ciągu 5 lat od jego śmierci lub od zaprzestania wychowywania dzieci spełniła te warunki), albo

2) wychowuje co najmniej jedno z dzieci, wnuków lub rodzeństwa uprawnione do renty rodzinnej po zmarłym mężu, które nie osiągnęło 16 lat, a jeżeli kształci się w szkole – 18 lat życia, lub jeżeli sprawuje pieczę nad dzieckiem całkowicie niezdolnym do pracy oraz do samodzielnej egzystencji lub całkowicie niezdolnym do pracy, uprawnionym do renty rodzinnej.

Wdowa niespełniająca warunków do renty rodzinnej i niemająca niezbędnych źródeł utrzymania ma prawo do okresowej renty rodzinnej przez okres jednego roku od chwili śmierci męża, lecz jeżeli uczestniczy w zorganizowanym szkoleniu mającym na celu uzyskanie kwalifikacji do wykonywania pracy zarobkowej, okres

[59] Jeżeli dziecko osiągnęło 25 lat życia, będąc na ostatnim roku studiów w szkole wyższej, prawo do renty rodzinnej przedłuża się do zakończenia tego roku studiów.

zasiłkowy może zostać wydłużony do 2 lat od chwili śmierci męża (art. 70 pkt 4 uoeir).

Małżonka rozwiedziona lub wdowa, która do dnia śmierci męża nie pozostawała z nim we wspólności małżeńskiej, ma prawo do renty rodzinnej, jeżeli oprócz spełnienia wcześniej określonych warunków miała w dniu śmierci męża prawo do alimentów z jego strony, ustalone wyrokiem lub ugodą sądową.

Rodzice mają prawo do renty rodzinnej, jeżeli (art. 71 uoeir):

1) ubezpieczony (emeryt lub rencista) bezpośrednio przed śmiercią przyczyniał się do ich utrzymania,
2) spełniają odpowiednio warunki określone dla wdowy i wdowca co do wieku.

Przykład

Zmarły ubezpieczony, mający prawo do renty, pozostawił wdowę w wieku 30 lat i dziecko w wieku 8 lat. Kto, z jakiego tytułu i przez jaki okres ma prawo do renty rodzinnej po zmarłym?

Odpowiedź: Wdowa – przez następne 8 lat, a jeżeli dziecko się kształci, to przez następne jeszcze 2 lata (do osiągnięcia przez dziecko 18 lat) z tytułu wychowywania dziecka,

Dziecko – przez następne 8 lat z tytułu wieku, a jeżeli się kształci, to przez następne jeszcze maksymalnie 9 lat z tytułu nauki.

W przykładzie rozważaliśmy wdowę, która urodziła dziecko w wieku 22 lat. Ze względu na coraz późniejsze rodzenie dzieci rozważmy podobną sytuację, lecz dziecko zostało urodzone przez matkę w wieku 32 lat. Zatem dziecko ma 8 lat, a matka 40 lat.

Odpowiedź: Dziecko – przez następne 8 lat z tytułu wieku, a jeżeli się kształci, to przez następne jeszcze maksymalnie 9 lat z tytułu nauki.

Wdowa – przez następne 8 lat, a jeżeli dziecko się kształci, to przez następne jeszcze 2 lata (do osiągnięcia przez dziecko 18 lat) z tytułu wychowywania dziecka. W chwili zaprzestania wychowywania dziecka wdowa będzie miała 48 lub 50 lat, zatem nabędzie prawo do dożywotniej renty rodzinnej z tytułu wieku.

Wysokość renty rodzinnej zależy od liczby osób uprawnionych do tego świadczenia (art. 73 pkt 1 uoeir):

1) dla jednej osoby uprawnionej – 85% świadczenia, które przysługiwałoby zmarłemu;
2) dla dwóch osób uprawnionych – 90% świadczenia, które przysługiwałoby zmarłemu;
3) dla trzech lub więcej osób uprawnionych – 95% świadczenia, które przysługiwałoby zmarłemu.

Za kwotę świadczenia, które przysługiwałoby zmarłemu, uważa się kwotę emerytury lub renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy (art. 73 pkt 2 uoeir).

Prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy oraz renty rodzinnej, do której uprawniona jest jedna osoba, ulega zawieszeniu w razie osiągania przychodu w kwocie wyższej niż 130% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia za kwartał kalendarzowy, ostatnio ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego (od 1 grudnia 2014 r. było to 4915,50 zł). W razie osiągania przychodu w kwocie przekraczającej 70% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia za kwartał kalendarzowy, ostatnio ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego (od 1 grudnia 2014 r. było to 2646,80 zł), nie więcej jednak niż 130% tej kwoty, świadczenie ulega zmniejszeniu o kwotę przekroczenia, nie większą jednak niż kwota maksymalnego zmniejszenia (art. 104 pkt 8 uoeir)[60]. Powyższe nie stosuje się do osób, które osiągnęły minimalny wiek emerytalny (art. 103 pkt 2 uoeir).

Jednorazowe odszkodowanie

Jednorazowe odszkodowanie przysługuje jedynie w ramach ubezpieczenia wypadkowego. Świadczenie to jest wypłacane w razie wystąpienia u ubezpieczonego stałego lub długotrwałego (tj. trwającego powyżej 6 miesięcy) uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy, wypadku zrównanego z wypadkiem przy pracy lub choroby zawodowej (art. 11 uouwch) bądź śmierci ubezpieczonego na skutek wypadku przy pracy[61], wypadku zrównanego z wypadkiem przy pracy bądź choroby zawodowej (art. 13 uouwch). Do świadczenia z tytułu śmierci uprawnieni są:

- małżonek, jeżeli nie pozostawał z ubezpieczonym w separacji,
- dzieci własne, dzieci drugiego małżonka, dzieci przysposobione oraz przyjęte na wychowanie i utrzymanie przed osiągnięciem pełnoletności wnuki, rodzeństwo i inne dzieci, w tym również w ramach rodziny zastępczej, spełniające w dniu śmierci ubezpieczonego lub rencisty warunki uzyskania renty rodzinnej,
- rodzice, osoby przysposabiające, macocha oraz ojczym, jeżeli w dniu śmierci ubezpieczonego lub rencisty prowadzili z nim wspólne gospodarstwo domowe lub jeżeli ubezpieczony lub rencista bezpośrednio przed śmiercią przyczyniał się do ich utrzymania albo jeżeli ustalone zostało wyrokiem lub ugodą sądową prawo do alimentów z jego strony.

[60] Maksymalna kwota zmniejszenia od 1 grudnia 2014 r. wynosiła:
- całkowita niezdolność do pracy – 557,91 zł,
- renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy – 418,46 zł,
- renta rodzinna, do której uprawniona jest jedna osoba – 474,25 zł.

[61] Za śmiertelny wypadek przy pracy uważa się wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć w okresie nieprzekraczającym 6 miesięcy od dnia wypadku.

Wysokość jednorazowego odszkodowania jest stała, niezależnie od wysokości wynagrodzenia, i wynosi:

- 20% przeciętnego wynagrodzenia za każdy procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu,
- 3,5-krotność przeciętnego wynagrodzenia, jeżeli w stosunku do ubezpieczonego została orzeczona całkowita niezdolność do pracy oraz niezdolność do samodzielnej egzystencji,
- 18-krotność przeciętnego wynagrodzenia, gdy główną osobą uprawnioną do świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego jest małżonek lub dziecko, a 9-krotność przeciętnego wynagrodzenia, gdy uprawniony jest inny członek rodziny,
- 3,5-krotność przeciętnego wynagrodzenia za każdą dodatkową osobę uprawnioną do świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego.

Dodatek pielęgnacyjny

Podobnie jak w przypadku innych świadczeń o charakterze dodatków, prawo do dodatku pielęgnacyjnego przysługuje – po spełnieniu dodatkowych warunków – jedynie wówczas, gdy ubezpieczony posiada prawo do świadczenia głównego, którym może być:

- emerytura,
- renta z tytułu niezdolności do pracy,
- renta rodzinna.

Źródło finansowania dodatku pielęgnacyjnego jest tożsame ze źródłem finansowania świadczenia głównego, z którym jest on wypłacany, np. jeżeli renta rodzinna wypłacana jest w ramach ubezpieczenia wypadkowego, dodatek pielęgnacyjny jest wypłacany również w ramach ubezpieczenia wypadkowego.

Aby uzyskać prawo do dodatku pielęgnacyjnego, należy spełnić następujące warunki (art. 75 uoeir):

- posiadać orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy (tj. niemożność wykonywania jakiejkolwiek pracy) oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji, bądź
- ukończyć co najmniej 75 lat.

Wszyscy świadczeniobiorcy świadczeń z systemu pracowniczego ubezpieczenia społecznego (emerytury bądź którejś z rent) w wieku 75 lat i więcej otrzymują dodatek pielęgnacyjny automatycznie. Celem świadczenia jest umożliwienie zakupu świadczeń pielęgnacyjnych w opiece domowej. Nie jest to literalnie stwierdzone w prawie, lecz wniosek ten można wysnuć na podstawie zasady, która mówi, że prawo do dodatku ulega zawieszeniu w stosunku do osób przebywających w domu pomocy społecznej, w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, wyłączywszy okresy, gdy osoba nie przebywała w placówce przez co najmniej dwa tygodnie w miesiącu (art. 75 pkt 4 uoeir). W rezultacie tego

dodatek pielęgnacyjny może być jedynie przeznaczony na nieformalną opiekę domową bądź opiekę półotwartą.

Wysokość świadczenia podwyższa się przez zastosowanie wskaźnika waloryzacji emerytur i rent od miesiąca, w którym przeprowadzana jest waloryzacja. Od 1 marca 2014 r. dodatek pielęgnacyjny wynosił 206,76 zł. Biorąc pod uwagę wysokość świadczenia, przede wszystkim zaś zakres świadczeń, jaki za nie osoba jest w stanie miesięcznie opłacić, oraz fakt przyznawania go wszystkim emerytom i rencistom, którzy osiągnęli wiek 75 lat i więcej, można domniemywać, iż świadczenie to ma raczej charakter instrumentu walki z ubóstwem osób starszych i traktowane jest jako „dodatek emerytalny", nie zaś instrument zabezpieczający potrzeby opiekuńcze osób starszych[62].

Dodatek dla sieroty zupełnej

Jeżeli do renty rodzinnej uprawniona jest sierota zupełna, przysługuje jej dodatek dla sierot zupełnych (art. 76 uoeir). Wartość dodatku to 388,62 zł (od 1 marca 2014 r.).

W przypadku śmierci obojga rodziców renta rodzinna przysługuje tylko z tytułu jednego (wybranego) rodzica. Można zatem stwierdzić, że dodatek dla sierot zupełnych stanowi swego rodzaju rekompensatę za to, że nie można łączyć świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

Zasiłek pogrzebowy

Zasiłek pogrzebowy wypłacany jest w ramach ubezpieczenia rentowego w razie śmierci ubezpieczonego[63], osoby pobierającej emeryturę lub rentę oraz członków ich rodziny lub osoby, która w dniu śmierci nie miała ustalonego prawa do emerytury lub renty, lecz spełniała warunki do jej uzyskania i pobierania (art. 77 uoeir). Tak zdefiniowany krąg ubezpieczonych jest znacznie szerszy niż w przypadku pozostałych świadczeń. Chodzi tutaj przede wszystkim o objęcie ochroną członków rodziny ubezpieczonego. Jest to złamanie podstawowej zasady ubezpieczeniowej, mówiącej, że do wspólnoty ryzyka wchodzą tylko te osoby, za które została opłacona składka.

Zasiłek pogrzebowy przysługuje osobie, która pokryła koszty pogrzebu. Z tym że jeżeli jest to członek rodziny, zasiłek ma wartość ryczałtową równą 4000 zł (art. 80 uoeir). Natomiast jeżeli koszty pogrzebu pokrył pracodawca, dom pomocy społecznej, gmina, powiat, kościół lub związek wyznaniowy, wysokość zasiłku

[62] Więcej na temat świadczeń opiekuńczych, zob. [Więckowska, Szwałkiewicz, 2011].

[63] Zasiłek pogrzebowy przysługuje również w razie śmierci ubezpieczonego po ustaniu ubezpieczenia, jeżeli śmierć nastąpiła w okresie pobierania zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego.

pogrzebowego jest równa wartości poniesionych kosztów, lecz nie może przekroczyć wartości ryczałtowej (art. 79 uoeir).

Prawo do zasiłku pogrzebowego wygasa w razie niezgłoszenia wniosku o jego przyznanie w ciągu 12 miesięcy od dnia śmierci osoby, po której zasiłek przysługuje (art. 81 uoeir).

Pokrycie kosztów leczenia z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne

Pokrycie kosztów leczenia z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne jest drugim, oprócz jednorazowego odszkodowania, świadczeniem, które przysługuje jedynie w ramach ubezpieczenia wypadkowego. Warunkiem uzyskania tego świadczenia jest posiadanie skierowania przez lekarza orzecznika, na wniosek lekarza prowadzącego, oraz niepokrywanie tych świadczeń w ramach innych źródeł (art. 23 uouwch). Świadczenia zdrowotne finansowane są tylko w przypadku udzielenia ich przez świadczeniodawców posiadających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Należy tutaj podkreślić, że jest to jedyne świadczenie w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych związane z pokryciem kosztów leczenia, czyli z tym obszarem, który zwyczajowo jest objęty ochroną w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

6.3.5. Podsumowanie

Omawiane ubezpieczenia różnią się przede wszystkim zakresem ochrony. I tak, w przypadku ubezpieczenia chorobowego jest to ryzyko (krótkookresowej) niezdolności do pracy na skutek choroby oraz ryzyko macierzyństwa. W przypadku ubezpieczenia rentowego jest to ryzyko długotrwałej niezdolności do pracy oraz ryzyko zgonu żywiciela. Ubezpieczenia te obejmują zdarzenia z życia osobistego oraz w drodze do pracy i z pracy, zatem z wyłączeniem wypadku przy pracy oraz choroby zawodowej[64]. Natomiast w ramach ubezpieczenia wypadkowego są to: ryzyko wypadku przy pracy (w tym wypadek zrównany z wypadkiem przy pracy), ryzyko choroby zawodowej i wynikająca z nich (krótkookresowa bądź długookresowa) niezdolność do pracy, uszczerbek na zdrowiu oraz zgon żywiciela.

Należy również podkreślić, że odpowiedzialność zakładu pracy za wypadek przy pracy określa zasada wzmożonego ryzyka (nazywana też zasadą ryzyka absolutnego, zasadą ryzyka pracy), która obejmuje swoim zasięgiem znacznie szerszy

[64] Wyłączenie to nie jest wskazane wprost. Jednakże możliwa jest wypłata tylko jednego świadczenia z ubezpieczenia chorobowego, rentowego i wypadkowego. Zatem jeżeli świadczenie jest związane z chorobą zawodową, zostanie wypłacone tylko świadczenie z ubezpieczenia wypadkowego.

zakres niż konstrukcja odpowiedzialności przyjęta w prawie cywilnym w art. 435 kc. Zasada wzmożonego ryzyka charakteryzuje się nałożeniem na pracodawcę obowiązku wypłaty świadczeń również w sytuacji, gdy wypadek został spowodowany wskutek siły wyższej lub wyłącznej winy osoby trzeciej, jak również w sytuacji, gdy wypadek został spowodowany przez osobę trzecią bez jej winy. Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych w art. 21 określa przesłanki wyłączające zasadę wzmożonego ryzyka i dzieje się to w sytuacji, gdy wyłączną przyczyną wypadku było udowodnione naruszenie przez ubezpieczonego przepisów dotyczących ochrony życia i zdrowia, spowodowane przez niego umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa, lub ubezpieczonemu, który w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych przyczynił się w znacznym stopniu do spowodowania wypadku.

Przedstawione powyżej świadczenia o tej samej nazwie oraz często tych samych tytułach do świadczeń i wysokości przysługują z tytułu różnych ubezpieczeń (ubezpieczenia chorobowego, ubezpieczenia rentowego i ubezpieczenia wypadkowego) (tab. 6.12). Ale są i takie świadczenia, jak: zasiłek macierzyński, zasiłek opiekuńczy, zasiłek pogrzebowy czy jednorazowe odszkodowanie, które przysługują tylko z tytułu jednego z omawianych ubezpieczeń.

Tabela 6.12. Rodzaje świadczeń w ramach ubezpieczenia chorobowego, rentowego i wypadkowego

Rodzaje świadczeń	Ubezpieczenie chorobowe	Ubezpieczenie rentowe	Ubezpieczenie wypadkowe
1	2	3	4
Zasiłek chorobowy	+		+
Świadczenie rehabilitacyjne	+		+
Zasiłek wyrównawczy	+		+
Zasiłek macierzyński	+		
Zasiłek opiekuńczy	+		
Renta z tytułu niezdolności do pracy		+	+
Renta szkoleniowa		+	+
Renta rodzinna		+	+
Jednorazowe odszkodowanie			+
Dodatek pielęgnacyjny		+	+

1	2	3	4
Dodatek dla sieroty zupełnej		+	+
Zasiłek pogrzebowy		+	
Pokrycie kosztów leczenia z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne			+

Źródło: opracowanie własne.

Analizując różnice w ramach danego typu świadczenia, można mieć wrażenie, że wypadek przy pracy oraz choroba zawodowa mają tak szczególne znaczenie w budowaniu bezpieczeństwa socjalnego, że zdarzenia te powodują wyższą kompensatę straty niż inne okoliczności, np. zasiłek chorobowy w przypadku choroby niebędącej chorobą zawodową i zasiłek chorobowy w przypadku choroby z listy chorób zawodowych. Takie podejście wydaje się być zasadne, albowiem to w środowisku pracy pracownik powinien mieć możliwie maksymalnie szeroką ochronę ubezpieczeniową.

Słowa kluczowe

- Dodatek dla sieroty zupełnej
- Dodatek pielęgnacyjny
- Jednorazowe odszkodowanie
- Renta rodzinna
- Renta szkoleniowa
- Renta z tytułu niezdolności do pracy
- Świadczenie rehabilitacyjne
- Ubezpieczenia społeczne
- Ubezpieczenie chorobowe
- Ubezpieczenie rentowe
- Ubezpieczenie wypadkowe
- Zasiłek chorobowy
- Zasiłek macierzyński
- Zasiłek opiekuńczy
- Zasiłek pogrzebowy
- Zasiłek wyrównawczy

Pytania kontrolne

1. Które z omawianych ubezpieczeń i w jakich przypadkach jest obowiązkowe?
2. Jakie świadczenia są wypłacane z ubezpieczenia chorobowego?
3. Z których ubezpieczeń i w jakim wypadku wypłacana jest renta z tytułu niezdolności do pracy?

4. Proszę omówić świadczenia, jakie są wypłacane w ramach ubezpieczenia wypadkowego.
5. Jakie świadczenia są wypłacane zarówno w ramach ubezpieczenia chorobowego, jak i wypadkowego? Jakie są między nimi podobieństwa i różnice?

6.4. System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce

M. Borda, M. Osak

Po przeczytaniu tego podrozdziału Czytelnik powinien: poznać najważniejsze fakty z zakresu reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce, zrozumieć powszechność zabezpieczenia zdrowotnego, poznać formy odpłatności pacjentów związane z korzystaniem ze świadczeń zdrowotnych, zrozumieć ogólne zasady korzystania z publicznie finansowanych świadczeń zdrowotnych za leczenie za granicą.

W latach dziewięćdziesiątych poprzedniego stulecia podjęto w Polsce prace nad dwiema koncepcjami reformy systemu ochrony zdrowia. Pierwsza zakładała znaczące zwiększenie roli samorządów terytorialnych w zarządzaniu i finansowaniu opieki zdrowotnej i odpowiadała tzw. samorządowemu modelowi opieki zdrowotnej. Druga natomiast wiązała zmiany z wprowadzeniem systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i, jak wiadomo, to ona zwyciężyła [Żemojda, Płatkowska-Kułaj, Kowalski, 2003, s. 10].

Rozpoczęte w 1995 r. prace parlamentarne nad wprowadzeniem ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym zakończyły się jej uchwaleniem w dniu 6 lutego 1997 r. (Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm.). W ustawie przyjęto prawie dwuletnie *vacatio legis,* ustalając początek jej obowiązywania na 1 stycznia 1999 r.[65]. Ostatecznie od 1 stycznia 1999 r. scentralizowany i finansowany z budżetu państwa system opieki zdrowotnej (oparty na tzw. modelu Siemaszki) został zastąpiony systemem obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego[66]. Wprowadzono rozdział pomiędzy płatnikiem za świadczenia zdrowotne a dostarczycielem tych świadczeń. Powołano do życia 17 odrębnych podmiotów prawnych, a mianowicie 16 wojewódzkich kas chorych i 1 ogólnopolską kasę branżową dla służb mundurowych. To właśnie kasy chorych przejęły od budżetu państwa funkcje płatnika za świadczenia udzielane ubezpieczonym przez placówki medyczne.

[65] Warto podkreślić, że w okresie *vacatio legis* wprowadzono do ustawy 150 poprawek [Żemojda, Płatkowska-Kułaj, Kowalski, 2003, s. 11].

[66] Ze względu na dualny charakter środków publicznych, tj. ze społecznego ubezpieczenia zdrowotnego oraz bezpośrednio z budżetu państwa, precyzyjniej należałoby określić polski system jako ubezpieczeniowo- budżetowy – por. [Kuszewski, Gericke, 2005, s. 21]. W dyskursie naukowym podważa się jednak zasadność nazywania polskiego systemu opieki zdrowotnej systemem ubezpieczeniowym – zob. np. [Szumlicz, 2005, s. 209–211 w związku ze s. 203].

Po niecałych dwóch latach funkcjonowania systemu kas chorych w Polsce w ocenie większości sił politycznych system tych kas nie sprawdził się, zatem w 2001 r. zapowiedziano jego likwidację. Ostatecznie podjęto działania zmierzające do kolejnych zmian w systemie zdrowotnym[67]. Zakończyły się one uchwaleniem w dniu 23 stycznia 2003 r. ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391 ze zm.), przywoływanej jako „ustawa o NFZ", której regulacje, z nielicznymi wyjątkami, zaczęły obowiązywać z dniem 1 kwietnia 2003 r. Ustawą tą zreorganizowano instytucję płatnika. Nastąpiła likwidacja kas chorych. W zamian wprowadzono Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) o scentralizowanym systemie finansowania i nadzoru, a dotychczasowe kasy przekształcono w oddziały wojewódzkie NFZ.

Przepisy ustawy o ubezpieczeniu w NFZ obowiązywały w polskim systemie prawnym stosunkowo krótko. W styczniu 2004 roku Trybunał Konstytucyjny zawyrokował o niekonstytucyjności ustawy[68], co stało się główną przyczyną uchwalenia nowej ustawy. Jest to ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. **o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.), przywoływanej jako „ustawa o świadczeniach ze środków publicznych". Jej postanowienia weszły w życie 1 października 2004 r. Przepisy tej ustawy – obok ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 618) oraz przepisów harmonizujących prawo polskie z prawem Unii Europejskiej – konstytuują obecnie funkcjonujący system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce.

W dalszej części tego podrozdziału charakterystyka powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce zostanie dokonana w oparciu o wymiary analizy powszechności zabezpieczenia zdrowotnego zaproponowane przez Międzynarodową Organizację Zdrowia (rys. 6.11)[69]. Powszechność ochrony gwarantowanej w ramach zabezpieczenia zdrowotnego analizuje się w odniesieniu do:

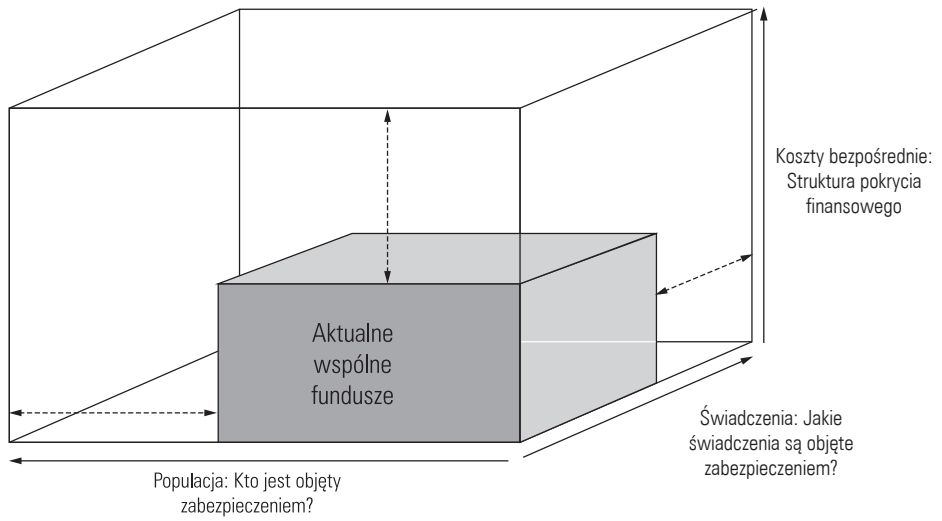
- podmiotowego zakresu ochrony (kategorie osób objętych zabezpieczeniem),
- przedmiotowego zakresu ochrony (rodzaje świadczeń gwarantowanych w ramach zabezpieczenia, tworzące tzw. koszyk(i) świadczeń),

[67] Na temat możliwych przyczyn centralizacyjnej reformy z 2003 r., zob. np. [Golinowska, Kozierkiewicz, Sowada, 2004, s. 14–15].

[68] Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. (sygn. akt K 14/03). Wyrok wraz z uzasadnieniem dostępny na http://otk.trybunal.gov.pl/orzeczenia/ezd/sprawa_lista_plikow.asp?syg=K%2014/03 (dostęp 11.08.2014).

[69] Rysunek przedstawia sytuację w hipotetycznym kraju, w którym około połowa ludności jest objęta zabezpieczeniem gwarantującym dostęp do około połowy możliwych (świadczonych w kraju) usług zdrowotnych, przy czym zabezpieczenie publiczne pokrywa z funduszy wspólnych mniej niż połowę kosztów tych usług. Zmiany w kierunku bardziej powszechnego zabezpieczenia w takim hipotetycznym przypadku wiązałyby się ze zwiększeniem liczby osób objętych zabezpieczeniem i/lub oferowaniem dostępu do szerszego katalogu świadczeń, i/lub finansowaniem większej części kosztów poszczególnych świadczeń.

- finansowego zakresu ochrony (poziom finansowania świadczeń z koszyka i kwestia ewentualnego współpłacenia przez pacjentów za świadczenia objęte koszykiem).


Koszty bezpośrednie: Struktura pokrycia finansowego
Aktualne wspólne fundusze
Świadczenia: Jakie świadczenia są objęte zabezpieczeniem?
Populacja: Kto jest objęty zabezpieczeniem?

Rysunek 6.11. Wymiary powszechności (uniwersalności) zakresu zabezpieczenia zdrowotnego

Źródło: [*The world health report…*, 2010, s. 12].

W krajach z długoletnią tradycją powszechnego zabezpieczenia zdrowotnego, czy to zaopatrzeniowego (podatkowego), czy ubezpieczeniowego, pole „Aktualne fundusze wspólne" (rys. 6.11) wypełnia niemal całą przestrzeń wielościanu. Niemniej jednak w żadnym z krajów, w których zabezpieczenie zdrowotne ocenia się jako powszechne, nie osiągnięto zakresu 100% ochrony w każdym z trzech jej wymiarów [*The world health report…*, 2010, s. 12]. Nie inaczej jest w Polsce.

Katalog osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia jest bardzo obszerny. Blisko czterdziestopunktowe wyliczenie tych kategorii zawiera art. 66 cytowanej ustawy o świadczeniach ze środków publicznych. Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają zatem m.in.: pracownicy, osoby prowadzące działalność pozarolniczą, dzieci, studenci, uczniowie, emeryci, renciści oraz bezrobotni. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego nabywa prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w momencie zgłoszenia jej do ubezpieczenia zdrowotnego i opłacenia składki. Wśród osób objętych ubezpieczeniem obowiązkowym wyodrębnia się członków rodziny korzystających z ubezpieczenia jako osoby współubezpieczone, będące na utrzymaniu ubezpieczonego. Członkowie rodziny nieposiadający własnego tytułu do ubezpieczenia mają prawo do świadczeń w oparciu o składkę finansowaną przez głównego ubezpieczonego, który zgłosił do swojego

ubezpieczenia członka rodziny. Osoby korzystające z ubezpieczenia na podstawie statusu członka rodziny stanowią blisko 24% ubezpieczonych w NFZ – por. [Sprawozdanie z działalności Narodowego…, 2015, s. 166]).

Powszechność obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego w wymiarze podmiotowym trafnie oddaje stwierdzenie autorów raportu *Zarys systemu ochrony zdrowia: Polska 2012*. Piszą oni, że „dla znakomitej większości polskich obywateli i osób legalnie przebywających na terytorium RP uczestnictwo w społecznym systemie ubezpieczeń zdrowotnych jest obowiązkowe", wskazując jednocześnie, że ubezpieczeniem objęte jest blisko 98% populacji naszego kraju[70].

Osoby mieszkające w Polsce, które nie spełniają żadnych kryteriów do objęcia ubezpieczeniem obowiązkowym, mogą się ubezpieczyć w NFZ dobrowolnie. Do tej grupy osób zaliczają się np. pracownicy przebywający na urlopie bezpłatnym, osoby pozbawione pracy, ale nieposiadające statusu bezrobotnego w rozumieniu przepisów prawa, cudzoziemcy nieposiadający ubezpieczenia w innym kraju (co do zasady, spoza UE lub Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu – EFTA). Regułą jest, że objęcie ubezpieczeniem dobrowolnym jest uzależnione od wniesienia dodatkowej opłaty na rachunek Funduszu. Wysokość tej opłaty zależy od tego, jak długo osoba ubiegająca się o ubezpieczenie dobrowolne nie była objęta ochroną w Polsce. Ubezpieczenie dobrowolne w NFZ ma znaczenie marginalne. Wolumen osób ubezpieczonych w NFZ na zasadzie dobrowolności (wraz z członkami rodzin tych osób) nie przekraczał w 2014 roku 23 tys. osób, co stanowiło 0,067% wszystkich ubezpieczonych w NFZ [Sprawozdanie z działalności Narodowego…, 2015, s. 166].

Osoby nieubezpieczone w NFZ nie mają prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Funduszu. Niemniej niektóre z tych osób (np. bezdomni obywatele Polski, nieubezpieczone kobiety w ciąży, osoby które spełniają kryterium dochodowe uprawniające do otrzymania świadczeń z pomocy społecznej) mogą uzyskać bezpłatne (w momencie korzystania) świadczenia zdrowotne, których koszty zostaną sfinansowane ze środków budżetu państwa[71]. Osoby te znajdują się zatem poza ubezpieczeniem powszechnym, jednak stanowią nadal – obok ubezpieczonych w NFZ – kategorię osób objętych publicznym zabezpieczeniem zdrowotnym. Aktualne polskie rozwiązania w odniesieniu do zakresu

[70] Zob. [Golinowska (red.), 2011, s. 95]. Liczba 37,2 mln osób ubezpieczonych na dzień 30.12.2010 r., którą podają autorzy raportu, pochodzi ze Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2010, Warszawa, czerwiec 2011, s. 117. Z ostatniego publicznego sprawozdania NFZ wynika, że na 31.12.2014 r. liczba obowiązkowo ubezpieczonych wynosiła 33,6 mln osób (Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2014, Warszawa, czerwiec 2015, s. 166). Niemniej jednak dane prezentowane przez NFZ za okres po 2012 r. nie mogą być porównywane z danymi z lat wcześniejszych w związku ze zmianami metodologii klasyfikowania w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych prowadzonym przez NFZ.

[71] Por. art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach ze środków publicznych w związku z art. 12 (uzasadniający prawo do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie innych ustaw) i art. 13 tejże ustawy.

podmiotowego osób objętych powszechnym zabezpieczeniem zdrowotnym nie pozostawiają miejsca dla ubezpieczeń prywatnych o charakterze bazowym czy substytucyjnym[72]. Szerokie grono osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obejmuje bowiem całość społeczeństwa.

Ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych gwarantuje ubezpieczonym w NFZ oraz pozostałym podmiotom uprawnionym do świadczeń **bardzo szeroki zakres świadczeń zdrowotnych**. Na mocy art. 15 ust. 2 wskazanej ustawy świadczeniobiorcy przysługują świadczenia z zakresu: podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, leczenia stomatologicznego, lecznictwa uzdrowiskowego, zaopatrzenia w wyroby medyczne, ratownictwa medycznego, opieki paliatywnej i hospicyjnej, świadczeń wysokospecjalistycznych, programów zdrowotnych i leków.

Od 2009 roku obowiązują w Polsce tzw. **pozytywne koszyki świadczeń gwarantowanych**. Wylicza się w nich enumeratywnie świadczenia, do skorzystania z których uprawnieni są ubezpieczeni w NFZ i inni świadczeniobiorcy. Pozytywne koszyki świadczeń przyjmują w Polsce formę rozporządzeń (tzw. rozporządzenia koszykowe) wydawanych przez Ministra Zdrowia, odrębnie w stosunku do rodzajowych kategorii świadczeń wymienionych wcześniej. Od sierpnia 2004 r. do sierpnia 2009 r. obowiązywał w Polsce tzw. koszyk negatywny. Istotę jego funkcjonowania można przyrównać do ubezpieczenia na bazie wszystkich rodzajów ryzyka. Świadczeniobiorcy w przypadku obowiązywania koszyka negatywnego mają prawo do wszystkich świadczeń wykonywanych w danym kraju (przez zakontraktowanych przez płatnika świadczeniobiorców), oprócz tych, które są wprost wyłączone z zakresu ochrony. Listę świadczeń nieobjętych zabezpieczeniem powszechnym zawierał załącznik do ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych. Świadczenia niefinansowane dotyczyły m.in. medycyny estetycznej, medycyny niekonwencjonalnej, niektórych świadczeń rehabilitacyjnych.

W sierpniu 2009 r. ogłoszono trzynaście koszyków świadczeń gwarantowanych[73]. Ustawodawca przyjął, że wykaz świadczeń gwarantowanych określa także poziom i/lub sposób finansowania danego świadczenia gwarantowanego. Mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej

[72] Zob. podrozdz. 5.2 niniejszego podręcznika. Jako ciekawostkę warto wspomnieć, że prywatne substytucyjne ubezpieczenia zdrowotne występowały w Polsce w latach dwudziestych XX wieku jako efekt trudności finansowych, z jakimi borykało się przymusowe ubezpieczenie chorobowe, wprowadzone mocą ustawy w 1920 r. Bogatsze osoby zaczęły wtedy korzystać z usług ubezpieczycieli prywatnych, co zostało prawnie usankcjonowane zwolnieniem z ubezpieczeń obowiązkowych tych osób, których roczny dochód przekraczał 30 tys. marek polskich. Zob. [*Private Health Insurance in OECD Countries*…, 2001, s. 103; Jastrzębowski, 1994, s. 96–99].

[73] Aktualne wykazy świadczeń dostępne są na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, http://www.mz.gov.pl/koszyk-swiadczen-gwarantowanych.

oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń, koszyk określa także warunki realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym warunki dotyczące personelu medycznego, wyposażenia świadczeniodawcy w sprzęt i aparaturę medyczną. Podstawowym problemem krajowych koszyków świadczeń pozostaje przede wszystkim całkowite niedostosowanie ich zawartości (gwarantują bardzo szeroki wachlarz świadczeń) do środków przeznaczanych na ich finansowanie. Zważywszy ponadto, że rozporządzenia nie określają czasu, w jakim świadczeniobiorca ma otrzymać świadczenie zdrowotne, rzeczywista dostępność świadczeń bywa iluzoryczna i jest obarczona długim czasem oczekiwania (kolejkami).

Jak wynika z raportu Fundacji *Watch Health Care,* zajmującej się badaniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, Polacy w pierwszym kwartale 2016 roku[74] czekali średnio około 3 miesiące na udzielenie „gwarantowanego" świadczenia zdrowotnego. Najdłuższa kolejka dotyczyła niezmiennie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, gdzie czas oczekiwania wyniósł średnio 17,3 miesięca, a następnie stomatologii, gdzie pacjenci czekali przeciętnie 8,5 miesiąca. Najkrócej pacjenci czekali na realizację świadczeń w dwóch dziedzinach. Były nimi: neonatologia i radioterapia onkologiczna, w których czas oczekiwania nie przekraczał pół miesiąca. Jednym z najważniejszych problemów pacjentów jest utrudniony dostęp do lekarzy specjalistów oraz etapowość leczenia. Na konsultację specjalistyczną Polacy czekali średnio 2,5 miesiąca. Specjalistami, do których dostęp jest najbardziej ograniczony, są: ortodonci i endokrynolodzy (9,8 mies.), kardiolodzy (5,8 mies.) oraz chirurdzy naczyniowi (5,3 mies.). Z kolei średni czas oczekiwania na badania diagnostyczne wynosił w badanym okresie 2,2 miesiąca.

Kreowanie koszyków świadczeń gwarantowanych, m.in. ze względu na postęp medycyny czy wspomnianą nierównowagę zawartości koszyka, potrzeb pacjentów i dostępnych środków, jest procesem ciągłym. Treść rozporządzeń koszykowych ulega więc okresowym zmianom. Minister Zdrowia może usunąć dane świadczenie opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonać zmiany poziomu lub sposobu finansowania lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego. Dokonanie zmian w koszyku wymaga jednak uzyskania rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji[75].

Warto pamiętać, że skorzystanie w Polsce z większości gwarantowanych świadczeń (poza konsultacjami lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, ginekologa i położnika, onkologa, psychiatry, wenerologa, dentysty) obarczone jest koniecznością

[74] Przytoczone dane pochodzą z [BAROMETR WHC, 2016], stan na marzec 2016 r., do pobrania (wraz z raportami archiwalnymi) na http://www.korektorzdrowia.pl/barometr/raporty/ (dostęp 01.06.2016).

[75] Nazwa w brzmieniu ustalonym przez art. 1 pkt 1 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1138), która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

posiadania skierowania[76]. Poza tym w przypadku niektórych zakresów świadczeń (głównie stomatologicznych) obowiązuje limit częstotliwości korzystania (np. kontrolne badanie stomatologiczne trzy razy do roku, naprawienie protezy raz na dwa lata). Analiza zakresu przedmiotowego publicznego zabezpieczenia zdrowotnego musi prowadzić do wniosku, że praktycznie większość prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych o charakterze kompleksowych ubezpieczeń kosztów leczenia, o których była mowa w podrozdz. 5.2, odpowiada w Polsce ubezpieczeniom suplementarnym („relacja obok"). Bazują one bowiem w głównej mierze na braku faktycznej dostępności (w akceptowalnym przez pacjenta czasie) świadczeń formalnie gwarantowanych finansowaniem publicznym. Zbiór ubezpieczeń uzupełniających („relacja ponad") tworzą obecnie tylko te produkty, które gwarantują finansowanie świadczeń stomatologicznych, rehabilitacyjnych i leków. W Polsce jedynie w tych kategoriach rodzajowych świadczeń finansowanie ze środków publicznych jest ograniczone (albo co do częstotliwości korzystania, albo przez konieczność współfinansowania przez pacjenta).

Ostatni wymiar powszechności dotyczy kwestii **finansowania kosztów świadczeń zdrowotnych** i w pierwszej kolejności sprowadza się do pytania o występowanie w danym systemie opłat obciążających pacjentów w momencie korzystania ze świadczeń. W literaturze przedmiotu takie wydatki pacjentów określa się mianem tzw. wydatków „z kieszeni pacjenta" *(out-of-pocket)*. Na tę zbiorczą kategorię składają się różne formy odpłatności pacjentów [Mossialos, Dixon, 2002, s. 22–24]: pełna odpłatność za świadczenie (*direct payment*), współpłacenie, precyzyjniej, współfinansowanie (*cost sharing*)– zob. uzasadnienie [Kozber, Osak, 2013, s. 95], jak również wydatki nieformalne (w formie dowodów wdzięczności bądź o charakterze łapówek).

Pełna odpłatność pacjenta dotyczy świadczeń nieobjętych koszykiem świadczeń gwarantowanych bądź świadczeń z koszyka, które pacjent uzyskuje poza siecią placówek kontraktowych (opłacanych przez płatnika publicznego). W polskich realiach, z uwagi na wspomniany szeroki wachlarz świadczeń formalnie gwarantowanych, płatności bezpośrednie realizują się właśnie w tym drugim wymiarze.

Współpłacenie występuje obecnie w wielu zachodnich systemach zdrowotnych, choć oczywiście zróżnicowane są formy i zakres zastosowania tego mechanizmu – szerzej [Tambor i in., 2010, s. 585–589; Robinson, 2002, s. 161–183]. Najbardziej rozpowszechnione jest w zakresie nabywania leków oraz w opiece stomatologicznej. Polski ustawodawca wprowadził współpłacenie w bardzo ograniczonym zakresie. Dotyczy ono jedynie lecznictwa uzdrowiskowego (w odniesieniu do wyżywienia i kosztów zakwaterowania), transportu sanitarnego (udział pacjenta w koszcie uzależniony od stopnia niepełnosprawności), przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. W największym stopniu współpłacenie dotyczy w Polsce obrotu

[76] Skierowania na świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie muszą także przedstawiać niektóre grupy świadczeniobiorców (np. inwalidzi wojenni, kombatanci, zakażeni wirusem HIV).

lekami. W odniesieniu do leków ustala się tzw. limit refundacji (kwotę, do wysokości której w cenie jednostkowej znormalizowanego opakowania leku partycypuje płatnik publiczny). Jeżeli cena detaliczna przekracza limit refundacji, różnica ta obciąża pacjenta. Ponadto lek refundowany ze środków publicznych może być objęty ryczałtową dopłatą pacjenta (3,20 zł do opakowania) bądź dopłatą procentową (30% lub 50% ceny detalicznej do wysokości limitu refundacji). Zob. przykłady na [http://www.mz.gov.pl/leki…]. W Polsce, w odróżnieniu od systemów zdrowotnych państw zachodnich, prawo nie przewiduje współpłatności pacjentów w stosunku do gwarantowanych świadczeń opieki stacjonarnej oraz opieki ambulatoryjnej (lekarza pierwszego kontaktu czy konsultacji specjalistycznych).

Rozmiary szarej strefy są trudne do precyzyjnego oszacowania. **Płatności nieformalne** nie są jednak obecnie aż tak znaczących rozmiarów, jak wynikało to z wcześniejszych doniesień [Golinowska, 2010, s. 19–23]. W tej kwestii spotyka się także opinie uznanych badaczy tworzone na kanwie wyników badań empirycznych, że horrendalne rozmiary opłat nieformalnych (w tym rzeczywistych dowodów wdzięczności) znajdują swoje źródło przede wszystkim w opiniach obiegowych [Tymowska, 2005, s. 93]. Jak wskazuje się we wnioskach płynących z badań dotyczących polityki dopłat pacjentów w Europie Środkowo-Wschodniej, zmianie uległ (na bardziej antagonistyczny) także stosunek samych pacjentów do wnoszenia opłat za świadczenia formalnie bezpłatne [Golinowska, 2010, s. 25]. Zwraca się także uwagę na fakt, że chociaż zjawisko opłat nieformalnych zmniejsza swój zakres, to zostaje ono zastąpione innym rozwiązaniem prowadzącym do tego samego celu. Chodzi mianowicie o podwójne zatrudnianie lekarzy – równolegle w placówce finansowanej ze środków publicznych oraz w ramach samodzielnej prywatnej praktyki lekarskiej [*ibidem*].

Kwestią bardziej techniczną przy analizie powszechności zakresu zabezpieczenia jest pytanie o sposób pozyskiwania wspólnych funduszy (podatki *versus* składka) oraz o podmioty odpowiedzialne za alokację tych środków (jeden płatnik *versus* wielu płatników). Od 2007 roku stopa składki wynosi 9% podstawy wymiaru[77], różnej dla różnych kategorii ubezpieczonych (pracownicy, emeryci, renciści, prowadzący działalność pozarolniczą). Wartość składki odpowiadająca 7,75% podstawy wymiaru umniejsza podatek dochodowy, 1,25% podstawy wymiaru pokrywane jest z dochodów netto ubezpieczonego. W przypadku pracy najemnej nie występuje partycypacja finansowa pracodawcy, który pełni jedynie rolę płatnika (przekazującego środki) do NFZ za pośrednictwem ZUS. W przypadku rolników,

[77] W roku wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego stopa składki wynosiła 7,5%, a wartość składki w całości umniejszała podatek dochodowy płacony przez ubezpieczonego. W 2001 r. stopę składki podwyższono do 7,75%. W latach 2003–2007 stopa składki rosła rokrocznie o 0,25 punktu procentowego, przy czym odliczenie podatkowe utrzymano na stałym poziomie, odpowiadającym wartości 7,75% podstawy wymiaru.

domowników, emerytów i rencistów rolniczych oraz członków ich rodzin składka na powszechne ubezpieczenie zdrowotne jest przekazywana do NFZ za pośrednictwem KRUS[78].

W celu uzupełnienia analizowanych wymiarów określających powszechność zabezpieczenia zdrowotnego warto wspomnieć także o **wymiarze terytorialnym**, obejmującym prawo do korzystania z publicznie finansowanych świadczeń opieki zdrowotnej przez mieszkańców RP na terytorium państw należących do UE/EFTA. W praktyce, jeżeli osoba uprawniona do publicznie finansowanych świadczeń zdrowotnych w naszym kraju (ubezpieczeni w NFZ oraz inne osoby, których koszty świadczeń finansuje budżet państwa) wyjedzie z Polski do któregokolwiek z państw członkowskich UE/EFTA i w trakcie pobytu w tym państwie ulegnie wypadkowi, nagłemu zachorowaniu lub pogorszeniu stanu zdrowia w związku z chorobą przewlekłą, ma prawo do korzystania z opieki medycznej w państwie goszczącym udzielonej przez świadczeniodawców funkcjonujących w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia. Leczenie odbywa się według tych samych reguł, które obowiązują osoby ubezpieczone w państwie goszczącym (zasada równego traktowania). W związku z tym osoba uprawniona do świadczeń zdrowotnych w Polsce może nieodpłatnie skorzystać tylko z tych świadczeń zdrowotnych, które należą się nieodpłatnie ubezpieczonym w kraju, w którym aktualnie przebywa. Wszystkie koszty świadczeń zdrowotnych, które częściowo (na zasadzie współpłacenia) lub w całości ponosi osoba ubezpieczona w danym kraju, poniesie także polski świadczeniobiorca. Podczas **czasowego pobytu za granicą** (wyjazd turystyczny, delegacja zagraniczna, nauka), bo o takim pobycie jest tutaj mowa, dokumentem potwierdzającym prawo do korzystania z publicznie finansowanej opieki zdrowotnej na terytorium każdego z państw członkowskich UE/EFTA jest **Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego** (EKUZ), którą przed rozpoczęciem leczenia należy okazać świadczeniodawcy wraz z dokumentem potwierdzającym tożsamość. Zgodnie z przepisami wspólnotowymi, na podstawie EKUZ w trakcie czasowego pobytu w innym państwie członkowskim UE/EFTA przysługują te wszystkie rzeczowe świadczenia zdrowotne, które:

- są niezbędne z medycznego punktu widzenia,
- zostały udzielone w celu uniknięcia sytuacji, w której pacjent byłby zmuszony do powrotu na terytorium Polski, aby uzyskać potrzebne leczenie.

O tym, jakie konkretnie świadczenia medyczne są potrzebne, aby pacjent mógł kontynuować swój pobyt za granicą, decyduje lekarz, który udziela opieki medycznej w państwie członkowskim UE/EFTA. Należy też dodać, że Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego nie zapewnia pokrycia przez NFZ kosztów transportu medycznego do Polski oraz wspomnianych uprzednio opłat za

[78] Szerzej na temat naliczania i odprowadzania składki na ubezpieczenie zdrowotne rolników, domowników, emerytów i rencistów rolniczych oraz członków ich rodzin na stronie http://www.krus.gov.pl/zadania-krus/ubezpieczenia-zdrowotne/ (dostęp 26.08.2014).

świadczenia zdrowotne, obowiązujących w większości państw UE. Wskazane jest więc wykupienie dodatkowego prywatnego ubezpieczenia (tzw. turystycznego ubezpieczenia kosztów leczenia), aby uniknąć obciążenia tymi kosztami. Ponadto posiadanie EKUZ nie uprawnia do uzyskania tzw. leczenia planowego, czyli nie dotyczy sytuacji, gdy celem wyjazdu za granicę jest poddanie się zaplanowanemu, ściśle określonemu zakresowi leczenia. W takim przypadku wymagane jest uzyskanie zgody Prezesa NFZ[79], wydawanej po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego[80].

Aby otrzymać EKUZ, należy przed wyjazdem za granicę złożyć wniosek o wydanie takiej karty w oddziale wojewódzkim NFZ właściwym ze względu na miejsce zamieszkania (osobiście, za pomocą poczty, faksu lub Internetu) wraz z dokumentem potwierdzającym ubezpieczenie zdrowotne w NFZ. Karta EKUZ wydawana jest bezpłatnie. Okres ważności EKUZ jest zróżnicowany ze względu na status osoby, dla której karta ma być wydana. Od stycznia 2011 roku standardowo, w przypadku wyjazdu turystycznego, okres ten wynosi 6 miesięcy [Zarządzenie Prezesa NFZ…], jednakże odrębne przepisy dotyczą np. emerytów (okres ważności EKUZ do 5 lat), czy też pracowników delegowanych do pracy za granicę (okres ważności EKUZ równy okresowi oddelegowania).

W ramach procesu koordynacji europejskich systemów zabezpieczenia zdrowotnego należy też wspomnieć o Dyrektywie 2011/24/UE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (tzw. dyrektywa „Pacjenci bez granic"), która, wdrażając zasadę swobody przepływu świadczeń zdrowotnych, znacznie ułatwia zasady korzystania ze świadczeń zdrowotnych we wszystkich krajach UE. Celem dyrektywy jest więc ułatwienie dostępu do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości, zapewnienie mobilności pacjentów oraz promowanie współpracy dotyczącej opieki zdrowotnej między państwami członkowskimi. W odniesieniu do polskich pacjentów warto przede wszystkim podkreślić, że dyrektywa powinna ułatwić dostęp do świadczeń zdrowotnych realizowanych za granicą, na które w Polsce zmuszeni jesteśmy oczekiwać w długich kolejkach. Nie oznacza to jednak pełnej swobody pacjentów i całkowitej likwidacji kolejek w polskim systemie.

Po pierwsze, zgodnie z zapisami dyrektywy płatnik publiczny jest obowiązany finansować świadczenia w granicach kosztów, które nie przekraczają stawki ustalonej dla danego świadczenia w krajowych kontraktowych placówkach zdrowia. W konsekwencji każdą różnicę w koszcie świadczenia między polskim a zagranicznym cennikiem pacjent zobowiązany jest do pokrycia z własnej kieszeni[81]. Po

[79] Przykładowo w 2015 r. prezes NFZ wydał 150 zgód na planowe leczenie za granicą finansowane przez NFZ o łącznej wartości kosztów 34,5 mln zł, https://www.ekuz.ufz.gov.pl/leczenie-planowane/statystyka (dostęp 26.07.2016).

[80] https://www.ekuz.nfz.gov.pl/leczenie-planowane/informacje-ogólne (dostęp 26.08.2014).

[81] Ten fakt rodzi pole do kreacji prywatnych ubezpieczeń kosztów leczenia gwarantujących pokrycie różnicy pomiędzy zagranicznym a krajowym kosztem świadczenia.

drugie, refundowanie świadczeń udzielanych w trybie szpitalnym wymaga nadal uzyskania indywidualnej zgody od NFZ. Po trzecie, z działania dyrektywy wyłączone są niektóre rodzaje świadczeń (przeszczepy narządów, opieka długoterminowa, programy powszechnych szczepień ochronnych).

Przepisy dyrektywy weszły w życie z dniem 25 października 2013 r., jednakże na poziomie danego kraju członkowskiego wymagana była implementacja zasad określonych w dyrektywie do krajowego systemu prawnego. W Polsce nastąpiło to na mocy ustawy z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, która weszła w życie 15 listopada 2014 r. W obawie przed wzrostem wydatków NFZ na leczenie Polaków za granicą, jako negatywnego skutku wdrożenia przepisów dyrektywy, ustalono maksymalny poziom kosztów NFZ z tytułu finansowania leczenia transgranicznego. Limit ten na lata 2014–2023 opiewa na kwoty od 940 mln zł w 2014 r. do 1365 mln zł w 2023 r. (art. 11 ust. 1 ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach).

Słowa kluczowe

- Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego
- Koszyk świadczeń gwarantowanych
- Narodowy Fundusz Zdrowia
- Powszechne ubezpieczenie zdrowotne
- Współpłacenie

Pytania kontrolne

1. Wymień najważniejsze akty prawne regulujące obecnie funkcjonujący system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce.
2. Krótko scharakteryzuj wymiary powszechności zabezpieczenia zdrowotnego zgodnie z koncepcją zaproponowaną przez Międzynarodową Organizację Zdrowia.
3. Kto może ubezpieczyć się w NFZ na zasadzie dobrowolności?
4. W jaki sposób określony jest zakres przedmiotowy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce?
5. Wymień rodzaje wydatków zdrowotnych finansowanych „z kieszeni pacjenta".
6. Omów tryby i zasady korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków krajowego płatnika publicznego a udzielanych przez zagraniczne placówki opieki zdrowotnej.

Bibliografia

2013 Catastrophe Bond & ILS issuance hit $7,64 billion [2014], www.artemis.bm (dostęp 04.03.2014).

Adamczyk-Kloczkowska B. [2008], *Powszechne ubezpieczenie zdrowotne*, [w:] E. Wierzbicka (red.), *Ubezpieczenia osobowe*, Warszawa.

Adema W., Fron P., Ladaique M. [2011], *Is the European Welfare State Really More Expensive?* OECD Social, „Employment and Migration Working Papers", nr 124.

Alternative Risk Transfer (ART) for corporations: a passing fashion or risk management for the 21st century? [1999], Sigma, nr 2, Zurich.

Andersen T. [2002], *Innovative Financial Instruments for Natural Disaster Risk Management*, Washington.

Automobile insurance and road accident prevention: report prepared by an OECD scientific expert group [1990], Paris.

Balicki A. [2006], *Analiza przeżycia i tablice wymieralności*, Warszawa.

Banasiński A. [1996], *Ubezpieczenia gospodarcze*, Warszawa.

Banks E. [2005], *Catastrophic Risk. Analysis and Management*, Chichester.

BAROMETR WHC [2016], *Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce,* nr 13/1/04 (stan na marzec 2016 r.), http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/barometrwhc_xiiifin2.pdf.

Bednarczyk T.H. [2000], *Instrumenty wspierania eksportu. Kredyty i ubezpieczenia*, Warszawa.

Bednarczyk T.H. [2012], *Wpływ działalności sektora ubezpieczeniowego na wzrost gospodarczy*, Lublin.

Bernstein P.L. [1996], *Against the gods. The remarkable story of risk,* Nowy Jork.

Bernstein P.L. [1997], *Przeciw bogom: niezwykłe dzieje ryzyka*, Warszawa.

Bijak W. [2009], *Praktyczne metody badania niewypłacalności zakładów ubezpieczeń,* Warszawa.

Black K., Skipper H.D. [2000], *Life & Health Insurance*, Upper Sadle River, New Jersey.

Blajer R. [1999], *Gwarancje bankowe i ubezpieczeniowe w obrocie międzynarodowym*, Warszawa.

Bolesławski L. [1973], *Budowa tablic trwania życia. Teoria i praktyka*, Warszawa.

Borda M., Jędrzychowska A. [2012], *Analiza postaw nabywców ubezpieczeń komunikacyjnych na rynku polskim*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe", nr 13(2).

Borda M., Jędrzychowska A. [2013], *Próba identyfikacji czynników określających efektywność ubezpieczeń komunikacyjnych z punktu widzenia klientów*, Zeszyty Naukowe WSB, nr 2(34), Wrocław.

Briggs D., Edwards B. [1988], *Credit Insurance. How to reduce the risks of trade credit*, Cambridge.

Broda M. [2006], *Na kredyt. Sprawdzone OWU*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy", lipiec/sierpień.

Brodecki Z. (red.) [2010], *Prawo ubezpieczeń gospodarczych, t. I. Komentarz do przepisów prawnych o funkcjonowaniu rynku ubezpieczeń*, Warszawa.

Brodecki Z. [1979], *Ubezpieczenia morskie*, Gdańsk.

Brown R.L. [1993], *Introduction to the Mathematics of Demography*, Winsted, Connecticut.

Brunner L., Colarelli S.M. [2004], *Individual unemployment accounts*, „The Independent Review", t. 8, nr 4, Spring.

Catalogue of Credit Insurance Terminology [2007], ICISA.

CEA [2010], Statistics nr 42 European Insurance In Figures, Annex I, November.

Chłoń-Domińczak A., Mazur J., Piech K. (red.) i in. [2013], *Diagnoza społeczno-ekonomiczna na potrzeby krajowego programu operacyjnego współfinansowanego ze środków EFS w latach 2014–2020*, Warszawa.

Chmielowiec-Lewczuk M. [2010], *Rola sprawozdania z przepływów pieniężnych w zarządzaniu zakładem ubezpieczeń,* [w:] W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Wrocław.

Chmielowiec-Lewczuk M. [2014], *Analiza pozycji wynikowych wg grup ubezpieczeń działu II w Polsce dla lat 2009–2011,* Prace Naukowe UE, nr 342, Wrocław.

Chróścicki A. [2008], *Pośrednictwo ubezpieczeniowe i finansowe. Komentarz*, Warszawa.

Chui A.CW., Kwok C.CY. [2008], *National culture and life insurance consumption*, „Journal of International Business Studies", t. 39.

Cichy J., Szewieczek D. [2012], *Bancassurance w Polsce*, Katowice.

Ciuman K. [1996], *Reasekuracja a rynek ubezpieczeń*, Warszawa.

CME *Hurricane Index* (CHI) *Overview* [2014], www.cmegroup.com (dostęp 04.03.2014).

Credit and Bonding Reinsurance [1986], Swiss Insurance Training Center.

Crist G.W. Jr. [1950], *Corporate Suretyship*, Nowy Jork.

Cummins D. [2007], *CAT bonds and other risk-linked securities: state of the market and recent developments*, Filadelfia.

Cummins J.D., Smith B.D., Vance R.N., VanDerhei J.L. [1983], *Risk Classification in Life Insurance*, Boston.

Cycoń M., Czerwiec E. [2011], *Ubezpieczenia rentowe na przykładzie ofert wybranych zakładów ubezpieczeń*, [w:] *Studia ubezpieczeniowe. Społeczno-gospodarcze aspekty funkcjonowania rynku ubezpieczeniowego,* Zeszyty Naukowe UE, nr 181, Poznań.

Czerwińska T. [2009], *Polityka inwestycyjna instytucji ubezpieczeniowych – istota, uwarunkowania, instrumenty*, Gdańsk.

Czerwińska T. [2013a], *Profil ryzyka portfela inwestycji zakładów ubezpieczeń w świetle nowych wymogów kapitałowych Solvency II*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe", nr 3.

Czerwińska T. [2013b], *Ryzyko zakładów ubezpieczeń w świetle nowych wymogów kapitałowych Solvency II*, „Problemy Zarządzania", nr 2.

Czubała A. [2001], *Dystrybucja produktów*, Warszawa.

Diacon S.R. [1980], *The Demand For UK Ordinary Life Insurance: 1946–1968*, „The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice", t. 5.

Dmochowski S. [1978], *Ubezpieczenia majątkowe w rolnictwie*, Warszawa.

Doan O. (red.) [1996], *Ubezpieczenia życiowe*, Warszawa.

Dobbins R., Frąckowiak W., Witt S.F. [1992], *Praktyczne zarządzanie kapitałami firmy*, Poznań.

Doherty N.A., Kang H.B. [1988], *Interest Rates and Insurance Price Cycles*, „Journal of Banking and Finance", nr 62.

Domański R. [2013], *Ocena wysokości uszczerbku na zdrowiu*, [w:] Z. Guzel, D.M. Fal, A. Lipka (red.), *Medycyna ubezpieczeniowa. Underwriting, orzecznictwo, ubezpieczenia zdrowotne*, Warszawa.

Dybowski T. [1981], [w:] Z. Radwański (red.), *System prawa cywilnego,* t. III, Wrocław.

Dzienisiuk D. [2011], *Kierunki zmian dotyczących rent inwalidzkich w ustawodawstwach państw europejskich*, [w:] *System emerytalny – problemy na przyszłość.* Materiały z seminariów ZUS, Warszawa.

Esping-Andersen G. [2010], *Społeczne podstawy gospodarki postindustrialnej*, Warszawa.

European Insurance in Figures [2010], CEA Statistics nr 42, November, www.cea.eu.

European Insurance in Figures [2015], CEA Statistics nr 50, www.cea.eu.

Fal D. (red.) [2013], *Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne – efektywny system na tle doświadczeń europejskich*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe", nr specjalny 4.

FIDIC, *Procedura i materiały przetargowe* [1995], Cosmopoli Consultants 409, 510 z dnia 18 października.

Frieske K.W., Przychodaj E. (red.) [2014], *Ubezpieczenia społeczne w procesie zmian. 80 lat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, Warszawa.

Furtak R. [2003], *Marketing partnerski na rynku usług*, Warszawa.

Garbarski L., Rutkowski I., Wrzosek W. [2000], *Marketing. Punkt zwrotny nowoczesnej firmy*, Warszawa.

Gasińska M. [2002], *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 2. *Produkty*, Warszawa.

Gąsiorkiewicz L. [2003], *Zarządzanie finansami zakładu ubezpieczeń*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 3. *Przedsiębiorstwo*, Warszawa.

Gąsiorkiewicz L. [2009], *Finanse zakładów ubezpieczeń majątkowych*, Warszawa.

Gąsiorkiewicz L., Micyk R. [2002], *Ubezpieczenia przemysłowe*, [w:] J. Monkiewicz (red.) *Podstawy ubezpieczeń*, t. 2. *Produkty*, Warszawa.

Główny Urząd Statystyczny. *Tablice trwania życia 2009* [2010], Warszawa.

Gobbi U. [1896], *Theorie der Versicherung*, „Zeitschrift für Versicherungsrecht und Wissenschaft", t. 2.

Golinowska S. [1993], *Rozwój ubezpieczeń na wypadek choroby. Logika zmian,* [w:] S. Golinowska (red.), *Modele ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ubezpieczeń społecznych*, Studia i Materiały, z. 3, Warszawa.

Golinowska S. [2002], *Polityka społeczna państwa w gospodarce rynkowej*, wyd. II, Warszawa.

Golinowska S. [2010], *Opłaty nieformalne w ochronie zdrowia. Perspektywa i doświadczenia polskie,* Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, t. VIII, nr 1.

Golinowska S. (red.) [2011], *Zarys systemu ochrony zdrowia: Polska 2012*, European Observatory on Health Systems and Policies, Warszawa.

Golinowska S. (red.) [2012], *Instytucjonalne, zdrowotne i społeczne determinanty niepełnosprawności*, Warszawa.

Golinowska S., Kozierkiewicz A., Sowada C. [2004], *Pożądane kierunki zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce. Między racjonowaniem i racjonalizacją*, Warszawa.

Gołębiewski D. [2010], *Ubezpieczenia zakładów przemysłowych dużego ryzyka*, [w:] L. Gąsiorkiewicz, J. Monkiewicz, *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa*, t. 2. *Zastosowania*, Warszawa.

Gompertz B. [1872], *On one uniform law of mortality from birth to extreme old age and on the law of sickness, presented to International Statistical Congress 1860,* „Journal of the Institute of Actuaries", t. 16.

Goodwin B.K., Smith V.H. [1995], *The economics of crop insurance and disaster aid*, Waszyngton D.C.

Gorajek M. [2011], *Ubezpieczenia zdrowotne w Polsce,* [w:] W.P. Kalbarczyk, K. Łanda, M. Władysiuk (red.), *Ubezpieczenia zdrowotne a koszyki świadczeń*, Kraków–Warszawa.

Górski W. [1962], *Problematyka obowiązkowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i odpowiedzialności cywilnej z ruchu pojazdów mechanicznych*, PiP, z. 4.

Górski W. [1999], *Ubezpieczenia transportowe*, Zielona Góra.

Grandi M., Müller A. [1999], *Insurance derivatives – convergence of capital markets and insurance markets*, Monachium.

Greene M., Trieschmann J. [1981], *Risk and Insurance*, Cincinnati.

Guidance Paper on Investment Risk Management [2004], International Association of Insurance Supervisors, „Guidance Paper", nr 9, October.

Hacker J.S. [2006], *The great risk shift: the assault on American jobs, families, health care and retirement and how you can fight back*, Oxford.

Hadyniak B. [2000a], *Przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 1. *Mechanizmy i funkcje*, Warszawa.

Hadyniak B. [2000b], *Ubezpieczenie jako urządzenie gospodarcze*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 1. *Mechanizmy i funkcje*, Warszawa.

Hadyniak B. [2014], *Ubezpieczenia prywatne. Kompendium*, Warszawa.

Hancock J., Huber P., Koch P. [2001], *Value Creation in the Insurance Industry*, „Risk Management and Insurance Review", t. 4, nr 2.

Handschke J. [2000], *Gospodarcze i społeczne znaczenie ubezpieczeń*, [w:] T. Sangowski (red.), *Vademecum ubezpieczeń gospodarczych (pośrednika ubezpieczeniowego)*, Poznań.

Handschke J., Łyskawa K. [2008], *Ryzyko gospodarowania w rolnictwie a ubezpieczenia w świetle ustawodawstwa Unii Europejskie*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe", z. 4(1).
Handschke J., Monkiewicz J. (red.) [2010], *Ubezpieczenia. Podręcznik akademicki*, Warszawa.
Hellwig Z. [1998] *Problemy i zagrożenia*, [w:] W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Analiza i metody zmniejszania ryzyka w polskim systemie ubezpieczeń majątkowych*, Wrocław.
Hémard J. [1924–1925], *Théorie et pratique des assurances terrestres*, Paryż.
Henzel H. (red.) [2004], *Inwestycje na rynku nieruchomości*, Katowice.
Heropolitańska I. [1996], *Zabezpieczenie wierzytelności banku*, Warszawa.
Holly R. [2013], *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa.
Hueth D.L. (red.) [1994], *Economics of Agricultural Crop Insurance: theory and evidence*, Norwell.
Holzmann R., Hinz R. i in. [2005], *Old-Age Income Suport in the 21st Century. An International Perspective on Pensions Systems and Reform*, Waszyngton.
Hyde M., Dixon J. [2001], *Welfare ideology, the market and social security: toward a typology of market-oriented reform*, [w:] J. Dixon, M. Hyde (red.), *The marketization of social policy*, Westport–London.
IAIS [2004], *International Association of Insurance Supervisors* [2004], „Guidance Paper on Investment Risk Management", Guidance Paper, nr 9, October.
ICC Uniform rules for contract guarantees [1978], ICC, Paris, Publ. nr 325.
ICC Uniform rules for demand guarantees [1992], ICC, Paris, Publ. nr 458.
Income Risk Management in Agriculture [2000], OECD, Paryż.
Jackowska B. Jurkiewicz T., Wycinka E. [2015], *Znaczenie pośrednictwa brokera w ubezpieczaniu przedsiębiorstwa MSP*, „Wiadomości ubezpieczeniowe", nr 2.
Jajuga K., Jajuga T. [1999], *Inwestycje. Instrumenty finansowe, ryzyko finansowe, inżynieria finansowa*, Warszawa.
Jajuga K., Jajuga T. [2007], *Inwestycje*, Warszawa.
Janowicz-Lomott M. [2005], *Pojęcie, motywy oraz modele tworzenia związków wzajemności członkowskiej w towarzystwach ubezpieczeń wzajemnych*, [w:] T. Szumlicz (red.), *Ubezpieczenia*, Monografie i opracowania naukowe SGH, Warszawa.
Janowicz-Lomott M. [2013], *Mutual fund jako forma zarządzania ryzykiem w rolnictwie*, „Zarządzanie i Finanse. Journal of Managament and Finance", nr 2/5.
Jaroński P. [1996], *System zabezpieczeń wierzytelności*, Warszawa–Zielona Góra.
Jastrzębowski Z. [1994], *Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do 1948 roku)*, Łódź.
Jednolite reguły dla gwarancji płatnych na żądanie (URDG 758) *wraz z wzorcowymi formularzami* [2010], Publikacja MIH, nr 758.
Jerzak M.A., Czyżewski A. (red.) [2006], *Ekonomiczne uwarunkowania wykorzystania narzędzi stabilizacji cen i zarządzania ryzykiem w rolnictwie*, Poznań.
Jęksa Z. [2000], *Ubezpieczenia majątku i zysku firmy*, Warszawa.
Joint Forum [2013], *Mortgage insurance: market structure, underwriting cycle and policy implications. Consultative document*, February.
Jones M. [2006], *Trends In Credit Insurance and Implications on Information,* Presentation to Business Information Industry Association – BIIA (Asia Pacific – Middle East), 25 October, Tianjin.
Jończyk J. [2006], *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Kraków.
Jończyk B., Ogrodnik H., Szewieczek D., Wieczorek M., Znaniecka K. [2006], *Analiza finansowa zakładu ubezpieczeń*, Katowice.
Kaczała M. [2008], *Zagrożenia w działalności producenta rolnego a zakres przedmiotowy i podmiotowy ustawy o ubezpieczeniach dotowanych upraw i zwierząt gospodarskich*, Biblioteka Ubezpieczeniowa, maj.
Kaczała M. [2009], *Pośrednicy ubezpieczeniowi*, [w:] W. Przybylska-Kapuścińska (red.), *Pośrednictwo finansowe w Polsce*, Warszawa.
Kalbarczyk W.P., Łanda K., Władysiuk M. (red.) [2011], *Ubezpieczenia zdrowotne a koszyki świadczeń. Przegląd rozwiązań*, Kraków–Warszawa.
Karmańska A., Śliwiński A., Michalski T. [2004], *Ubezpieczenia gospodarcze. Ryzyko i metodologia oceny*, Warszawa.

Kawiński M. [2011], *Ubezpieczenia publiczne i prywatne w polityce społecznej. Skuteczność i efektywność*, Warszawa.
Kawiński M. [2013], *Ubezpieczenia w rozwoju społeczno-gospodarczym Polski*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe", nr 2 (numer specjalny).
Kawiński M. (red.) [2015], *Doubezpieczenie społeczne. Idea i kontynuacja*, Warszawa.
Kawiński M., Stańko D. [2010], *Ubezpieczenie w zarządzaniu ryzykiem utraty mienia*, [w:] T. Szumlicz (red.), *Społeczne aspekty rozwoju rynku ubezpieczeniowego*, Warszawa.
Keyfitz N. [1977], *Introduction to the Mathematics of Population*, Massachusetts.
Kiedrowska M. [2011], *Wypłacalność zakładu ubezpieczeń w świetle regulacji prawa ubezpieczeniowego*, Zeszyty Naukowe USz, nr 625, Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia, nr 32.
Klimkowski C. [2007], *Innowacyjne instrumenty ubezpieczenia rolnictwa*, Warszawa.
Knight F.H. [1921], *Risk, Uncertainty, and Profit,* Boston.
Kocovic J., Antic T.L., Janovic M. [2011], *The impact of the global financal crisis on the structure of investment portfolios of insurance companies*, „Economic annals", t. LVI, nr 191, październik–listopad.
Kodeks Etyki PIPUiF, http://www.posrednicy.org.pl/kodeks-etyki-pipuif.
Konert A. [2014], *Ubezpieczenia lotnicze*, Warszawa.
Kotler P. [1994], *Marketing – analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*, Warszawa.
Kowalczyk P., Poprawska E., Ronka-Chmielowiec W. [2006], *Metody aktuarialne*, Warszawa.
Kowalewski E. [1981], *Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej. Funkcje i przemiany*, Toruń.
Kowalewski E. [1994], *Wprowadzenie do teorii ryzyka ubezpieczeniowego*, [w:] A. Wąsiewicz (red.) *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, cz. 2, Bydgoszcz.
Kowalewski E. [2002], *Umowa ubezpieczenia*, Bydgoszcz–Toruń.
Kowalewski E. [2003], *Koncepcja triggerów na tle znowelizowanego art. 822 k.c.*, „Prawo Asekuracyjne", nr 3.
Kowalewski E. [2006], *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Bydgoszcz–Toruń.
Kowalewski E. [2010], *Dylematy prawne ubezpieczeń obowiązkowych a kodeks ubezpieczeń*, „Studia Iuridica Toruniensia", t. 7.
Kowalewski E. (red.) [2013], *Stan prawny ubezpieczeń obowiązkowych w Polsce* (*wykaz z komentarzem)*, Analiza wykonana na zlecenie Polskiej Izby Ubezpieczeń według stanu na dzień 15 marca 2013 r., http://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/analizy%20i%20raporty/PIU_UMK_ubezpieczenia%20obowiazkowe_raport.pdf.
Kowalewski E., Fuchs D., Mogilski W.W., Serwach M. [2006], *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Bydgoszcz–Toruń.
Kozber M., Osak M. [2013], *Współpłacenie bezpośrednie w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego – doświadczenia Szwajcarii,* „Problemy Zarządzania", t. 11, nr 1(41).
Krajewski M. [2011], *Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej według kodeksu cywilnego*, Warszawa.
Krzeczkowski K. [1930], *Problemat polityki społecznej*, „Ekonomista", nr 3.
Kuchlewska M. [2003], *Ubezpieczenie jako metoda finansowania ryzyka przedsiębiorstw*, Poznań.
Kuchlewska M. [2010], *„Odwzajemnianie" towarzystw ubezpieczeń wzajemnych*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe" UE, z. 9(2), Poznań.
Kuchlewska M. (red.) [2006], *Szkice o ubezpieczeniach* „Zeszyty Naukowe", nr 75, Poznań.
Kukiełka J. [1994], *Ubezpieczenie kredytu*, Warszawa.
Kukiełka J., Poniewierka D. [2003], *Ubezpieczenia finansowe. Gwarancje ubezpieczeniowe. Ubezpieczenia transakcji kredytowych*, Bydgoszcz–Warszawa.
Kurek R. [2011], *Środki własne zakładów ubezpieczeń – ujęcie w Solvency II*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe", nr 2.
Kuszewski K., Gericke C. [2005], *Health Systems in Transition: Poland*, Kopenhaga.
Kwiecień I. [2002], *Istota i rola ubezpieczeń,* [w:] W. Ronka-Chmielowiec (red.) *Ubezpieczenia, rynek i ryzyko*, Warszawa.
Kwiecień I. [2009], *Ubezpieczenie ryzyka odpowiedzialności za produkt niebezpieczny*, Zeszyty Naukowe UE, nr 127, Poznań.
Kwiecień I. [2010], *Ubezpieczenie w zarządzaniu ryzykiem działalności gospodarczej*, Warszawa.
Lahidji R. [2004], *Large-scale disasters. Lessons learned*, OECD.

Lament M. [2013a], *Ocena wypłacalności zakładu ubezpieczeń a system informacyjny rachunkowości*, Warszawa.
Lament M. [2013b], *Wykorzystanie analizy wskaźnikowej do oceny sytuacji finansowej zakładu ubezpieczeń,* [w:] M. Iwanicz-Drozdowska (red.), *Ubezpieczenia*, Warszawa.
Lament M., Piątek J. [2008], *Rachunkowość ubezpieczeniowa. Problemy i zadania*, Radom.
Lemaire J. [1995], *Bonus–Malus Systems in Automobile Insurance*, Boston.
Lepczyński B., Litkiewicz M., Penczar M. [2008], *Wdrożenie w Polsce ubezpieczenia typu Mortgage Insurance – korzyści dla banków i polskiego systemu bankowego*, wrzesień, Gdańsk.
Lewandowski K. [2006], *Ubezpieczenie nieruchomości*, Warszawa.
Lillienthal E. [1928], *Ubezpieczenie kredytów eksportowych*, Warszawa.
Lisowski J. [2010], *Analiza finansowa działalności przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego,* [w:] J. Handschke, J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia. Podręcznik akademicki*, Warszawa.
Łazowski J. [1948], *Wstęp do nauki o ubezpieczeniach*, Warszawa.
Łazowski J. [1998], *Wstęp do nauki o ubezpieczeniach*, (adapt. i red. nauk. W.W. Mogilski), Sopot.
Łętowska E. [1993], *Podstawy prawa cywilnego*, Warszawa.
Łyskawa K., Zimowski M. [2009], *Ubezpieczenia indeksowe w rolnictwie – wprowadzenie do problematyki*, [w:] *Inwestycje finansowe i ubezpieczenia – tendencje światowe a polski rynek*, nr 60, Wrocław.
Magda I., Szczygielski K. [2011], *Ocena możliwości poprawy działania polskiego systemu ochrony zdrowia. Współpłacenie i prywatne ubezpieczenia zdrowotne*, Warszawa.
Makeham W.M. [1890], *On the further development of Gompertz's law*, „Journal of the Institute of Actuaries", t. 28.
Małek A. [2011], *Reasekuracja. Klasyczne i alternatywne metody transferu ryzyka ubezpieczeniowego*, Warszawa.
Manes A. [1930], *Das Versicherungswesen,* Berlin–Lipsk.
Maśniak D. [2003], *Ubezpieczenia ekologiczne*, Kraków.
Matłoka M. [1997], *Matematyka w ubezpieczeniach na życie*, Poznań.
Mayerson A. [1962], *Introduction to Insurance,* Nowy Jork.
Mazur J. [2001], *Zarządzanie marketingiem usług*, Warszawa.
Mehr R.I., Cammack F. [1976], *Principles of insurance,* Homewood, Illinois.
Metodyka badania i oceny nadzorczej (BION) zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji [2013], Komisja Nadzoru Finansowego, Warszawa.
Miazek T. [2010], *Wybór dostawcy ubezpieczeń*, [w:] B. Hadyniak, J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa*, t. 1. *Podstawy*, Warszawa.
Michalski T. [1999], *Teoria ryzyka ubezpieczeniowego*, Warszawa.
Mierzejewska M., Więckowska B. [2010], *Ubezpieczenie w zarządzaniu ryzykiem śmierci żywiciela*, [w:] T. Szumlicz (red.), *Społeczne aspekty rozwoju rynku ubezpieczeniowego*, Warszawa.
Mogilski W.W. [2009], *Zagadnienia legislacyjne ubezpieczeń obowiązkowych w kodeksie ubezpieczeń*, [w:] E. Kowalewski (red.), *O potrzebie polskiego kodeksu ubezpieczeń*, Toruń.
Mogilski W.W., Serwach M. [2011], *Ochrona ubezpieczeniowa wzajemnych roszczeń ubezpieczonych w umowie ubezpieczenia OC*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe", nr 4.
Mokrogulski M.P., Sepielak P. [2010], *Produkty strukturyzowane w Polsce w latach 2000–2010*, Warszawa.
Monkiewicz J. [2003], *Aktualne problemy nadzoru nad rynkiem ubezpieczeniowym w Polsce*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe", nr 7/8.
Monkiewicz J. (red.) [2000], *Podstawy ubezpieczeń, t. 1. Mechanizmy i funkcje*, Warszawa.
Monkiewicz J. (red.) [2001], *Podstawy ubezpieczeń, t. 2. Produkty*, Warszawa.
Monkiewicz J. (red.) [2003], *Podstawy ubezpieczeń, t. 3. Przedsiębiorstwo*, Warszawa.
Monkiewicz J. (red.) [2005], *Jednolity rynek ubezpieczeń w Unii Europejskiej. Procesy rozwoju i integracji*, Bydgoszcz–Warszawa.
Monkiewicz J., Hadyniak B. (red.) [2010], *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa*, t. 1. *Podstawy*, Warszawa.
Mossialos E., Dixon A. [2002], *Funding health care: an introduction,* [w:] E. Mossialos (red.) *Funding health care: options for Europe*, Open Uniwersity Press, World Health Organization.

Mossialos E., Thomson S. [2004], *Voluntary Health Insurance in the European Union*, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization.

Moto Scan 2009 (jesień) – Ubezpieczenia komunikacyjne [2009], listopad, Gdańsk.

Munnell A.H. [2001], *Individual accounts versus social insurance: a United States perspective*, [w:] X. Scheil Adlung (red.), *Building social security: the challenge of privatization*, New Brunswick–Londyn.

Mutenga S., Staikouras S. [2007], *The theory of catastrophe risk financing: A look at the instruments that might transform the insurance industry*, „Geneva Papers on Risk and Insurance", t. 32.

Mynarski S. [1999], *Rynek opcji*, Kraków.

Mynarski S. (red.) [1993], *Analiza rynku. Systemy i mechanizmy*, Kraków.

Natural catastrophes and man-made disasters in 2006: low insured losses [2007], Sigma, nr 2, Zurich.

Nawrolska I. [2003], *Proces przekształceń systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej w Polsce,* Rozprawy i Studia, t. 454, USz, Szczecin.

Neill A. [1977], *Life Contingencies*, Londyn.

Neumann S. [1970], *Demand for Life Insurance: Comment*, „The Journal of Risk and Insurance, t. 37*,* nr 1.

Nowakowski L. [2004], *Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej*, Warszawa.

OECD. *Social Policy Studies Private Pensions in OECD Countries, No 10, The United States*.

Olszewski A. [1974], *Ubezpieczenie kredytów eksportowych na tle zasad kredytowania i finansowania transakcji eksportowych*, Warszawa.

Orlicki M. [2006], *Umowa ubezpieczenia*, [w:] A. Koch, J. Napierała, *Umowy w obrocie gospodarczym*, Kraków.

Orlicki M. [2010a], *O łączeniu w jednej umowie różnych rodzajów ubezpieczeń*, „Prawo Asekuracyjne", nr 2.

Orlicki M. [2010b], *Regulacja umowy ubezpieczenia*, [w:] J. Handschke, J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia. Podręcznik akademicki*, Warszawa.

Orlicki M. [2011], *Ubezpieczenia obowiązkowe*, Warszawa.

Orlicki M., Pokrzywniak J. [2008], *Umowa ubezpieczenia. Komentarz do nowelizacji Kodeksu cywilnego*, Warszawa.

Orłowski C. [2010], *Praktyczne wskazówki związane z likwidacją szkód z ubezpieczeń domów i mieszkań*, „Monitor Ubezpieczeniowy", nr 42, czerwiec.

Osak M. [2006a], *Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Polsce, cz. 2*, *Kompleksowe ubezpieczenia kosztów leczenia jako przykład odszkodowawczych ubezpieczeń chorobowych,* „Wiadomości Ubezpieczeniowe", nr 5/6.

Osak M. [2006b], *Uwarunkowania rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce,* maszynopis rozprawy doktorskiej, AE,Poznań.

Osak M. [2008], *Ryzyko zdrowotne jako podstawa wyodrębniania ubezpieczeń zdrowotnych,* [w:] *Studia z ubezpieczeń gospodarczych i społecznych*, Zeszyty Naukowe AE, nr 97, Poznań.

Osak M. [2011a], *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Analiza*, cz. 1–4, Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia*,* nr 7–10.

Osak M. [2011b], *Ubezpieczenia zdrowotne – miejsce w ustawowej systematyce ubezpieczeń*, [w:] *Studia ubezpieczeniowe. Społeczno-gospodarcze aspekty funkcjonowania rynku ubezpieczeniowego*, Zeszyty Naukowe UE, nr 181, Poznań.

Pagano M. [1993], *Financial Markets and the Macroeconomy. Financial Markets and Growth. An Overview*, „European Economic Review", nr 37, http://www.csef.it.

Pahl J.M. [1989], *Marriage and money*, Londyn.

Pajewska-Kwaśny R. [2011], *Perspektywy rozwoju tradycyjnych i nowatorskich form sprzedaży ubezpieczeń w Polsce, cz. 1,* Prace Naukowe UE we Wrocławiu, nr 228, *Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku*, W. Ronka-Chmielowiec (red.), Wrocław.

Payne A. [1997], *Marketing usług*, Warszawa.

Pfeffer I. [1956], *Insurance and Economic Theory*, Homewood, Illinois.

Piotrowski J. [1966], *Teoria zabezpieczenia społecznego*, Warszawa.

Piskozub W., Butrym E. [2003], *Ubezpieczenia inżynieryjno-techniczne*, Warszawa.

Płonka M. [2013], *Determinanty konkurencyjności towarzystw ubezpieczeń wzajemnych w Polsce*, Kraków.

Podstawowe problemy bancassurance w Polsce – raport Rzecznika Ubezpieczonych [2007], Warszawa, http://www.rzu.gov.pl/files/108__40__Raport_bancassurance.pdf.

Polska Izba Ubezpieczeń [2008], *Budowanie systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Propozycja rozwiązań*, Warszawa.

Polverini S. [2006], *Use Of MI In Developed Mortgage Markets*, SEE Conference – Bucharest, 5/6 April.

Private Health Insurance in OECD Countries: Compilation of National Reports [2001], [w:] *Insurance and Private Pensions Compendium for Emerging Economies* (Book 1, Part 2:4).

Proposal for taxonomy of health insurance [2004], OECD Study on Private Health Insurance, OECD Health Project.

Przybylska-Kapuścińska W. (red.) [2009], *Pośrednictwo finansowe w Polsce*, Warszawa.

Przybytniowski J. [2009], *Rozwój ubezpieczeń gospodarczych w procesie integracji europejskiej*, Kielce.

Puxty A.G., Dodds J.C. [1995], *Financial Management: method and meaning*, Londyn.

Pyziak-Szafnicka M. [1994], *Gwarancja autonomiczna*, „Przegląd Prawa Handlowego", luty.

QIS5 Technical Specifications [2010], Annex to Call for Advice from CEIOPS on QIS5, Bruksela, 5 lipca.

Raczyński A. [2010], *Sytuacja prawna poszkodowanego w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej*, Warszawa.

Raczyński A. [2011], *Zakres ochrony ubezpieczeniowej w dobrowolnych ubezpieczeniach OC*; „Prawo Asekuracyjne", nr 4.

Radwański Z., Olejniczak A. [2008], *Zobowiązania – część ogólna*, Warszawa.

Raport CEA [2006], *The Contribution of the Insurance Sector to Economic Growth and Employment In the UE*, www.cea.assur.org.

Raport o stanie rynku brokerskiego w 2014 r. [2015], UKNF, http://data.consilium.europa.eu/doc/document/PE-49-2015-INIT/pl/pdf.

Raport PIU – *Polski Rynek Bancassurance po 1 kw. 2014* [2014], https://piu.org.pl/ public/upload/ibrowser/Bancassurance/Polski%20rynek%20bancassurance%201Q2014.pdf.

Raport Roczny Polskiej Izby Ubezpieczeń 2013 [2014], Warszawa.

Raport Roczny Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego 2013 [2014], Warszawa.

Rejda G.E [1966], *Unemployment insurance as an automatic stabilizer*, „The Journal of Risk and Insurance", t. 33, nr 2.

Rejda G.E. [1995], *Principles of Risk Management and Insurance,* Nowy Jork.

Rejda G.E. [2003], *Principles of Risk Management and Insurance*, Boston–San Francisco–Nowy Jork.

Retail Insurance Market Study [2009], Final Report by Europe Economics, listopad, Londyn, http://www.europe-economics.com.

Risk Management Tools for EU Agriculture with a special focus on insurance [2001], European Commission, styczeń.

Risk Transfer to the Capital Market [2001], Monachium.

Robinson R. [2002], *User charges for health care*, [w:] E. Mossialos (red.), *Funding health care: options for Europe*, Open Uniwersity Press, WHO.

Rogowski S. (red.) [2008], *Ubezpieczenia komunikacyjne*, Warszawa.

Ronka-Chmielowiec W. [1997], *Ryzyko w ubezpieczeniach – metody oceny*, Wrocław.

Ronka-Chmielowiec W. [2009], *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem*, Poznań.

Ronka-Chmielowiec W. (red.) [2002], *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, Warszawa.

Ronka-Chmielowiec W. (red.) [2004], *Zarządzanie finansami w zakładach ubezpieczeń*, Bydgoszcz–Warszawa–Wrocław.

Ronka-Chmielowiec W. (red.) [2013], *Ryzyko i efektywność funkcjonowania ubezpieczeń komunikacyjnych w Polsce*, Wrocław.

Ronka-Chmielowiec W., Poprawska E. [2008], *Składka w ubezpieczeniach komunikacyjnych i czynniki ją kształtujące*, [w:] *Cena ubezpieczenia komunikacyjnego. Czynniki, trendy, strategie*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe", lipiec.

Roth G.J. [1987], *The private provision of public services in developing countries*, Waszyngton.

Rudnicki S. [1993], *O umowie gwarancyjnej*, „Przegląd Prawa Handlowego", wrzesień.

Rynek produktów strukturyzowanych w Polsce w roku 2010, www.structurs.pl.
Ryngwelska D. [2010], *Model wewnętrzny w systemie Wypłacalność II – droga do jego zatwierdzania*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe", nr 1.
Rytko P. [2009], *Zarządzanie kredytem handlowym w małych i średnich przedsiębiorstwach*, Warszawa.
Sangowski T. [1977], *Regres ubezpieczeniowy*, Warszawa.
Sangowski T. [1994], *Gospodarka finansowa kapitałami i rezerwami ubezpieczyciela*, [w:] A. Wąsiewicz (red.), *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, Bydgoszcz.
Sangowski T. [1997], *Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe – rola i znaczenie oraz rodzaje, zasady i metody ich tworzenia*, [w:] A. Wąsiewicz (red.), *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, t. 3, Bydgoszcz.
Sangowski T. [1998], *Rozwój ubezpieczeń na świecie i w Polsce*, [w:] T. Sangowski (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze*, Warszawa.
Sangowski T. (red.) [1998], *Ubezpieczenia gospodarcze*, Warszawa.
Sangowski T. (red.) [1999], *Vademecum ubezpieczeń gospodarczych (pośrednika ubezpieczeniowego)*, Poznań.
Sangowski T. (red.) [2000], *Rating jako narzędzie oceny zakładu ubezpieczeń*, Poznań.
Sangowski T. (red.) [2001], *Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych w polskim systemie ubezpieczeń (stan i perspektywy)*, z. 108, Poznań.
Sangowski T., Gniadek J. [1997], *Działalność prewencyjna zakładów ubezpieczeń w ubezpieczeniach majątkowych,* „Wiadomości Ubezpieczeniowe", nr 5–6.
Sangowski T., Handschke J., Mogilski W. [1979], *Prewencja a ubezpieczenia w świetle teorii i praktyki ubezpieczeniowej,* „Studia Ubezpieczeniowe", t. 4.
Secomski K. [1935], *Ubezpieczenie kredytów eksportowych*, Warszawa.
Serwach M. [2008], *Problematyka sumy gwarancyjnej oraz praktycznych konsekwencji nieprawidłowego ustalenia jej wysokości*, „Prawo Asekuracyjne", nr 2(55).
Serwach M. [2010], *Ubezpieczenie w zarządzaniu ryzykiem odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym*, [w:] T. Szumlicz (red.), *Społeczne aspekty rozwoju rynku ubezpieczeniowego*, Warszawa.
Serwach M. [2011], *Zakres ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej – aktualne problemy prawne*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe", nr 11(2).
Sickness, Disability and Work. Breaking the Barriers [2010], OECD.
Sierpińska M., Jachna T. [2007], *Ocena przedsiębiorstwa według standardów światowych*, Warszawa.
Sierpińska M., Wędzki D. [1997], *Zarządzanie płynnością finansową w przedsiębiorstwie*, Warszawa.
Sikorski S. [2014], *Odpowiedzialność cywilna członków organów spółek kapitałowych – ubezpieczenie Directors and Officers (D&O)*, [w:] M. Kuliński (red), *Odpowiedzialność kadry zarządzającej spółek kapitałowych*, Warszawa.
Skałba M. [1999], *Ubezpieczenia na życie*, Warszawa.
Skipper H.D., Kwon W.J. [2007], *Risk Management and Insurance. Perspectives in a Global Economy,* New Jersey.
Sobczak A., Dudzik-Urbaniak E., Juszczyk G. [2004], *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce i na świecie*, Warszawa.
Soule C.E. [2002], *Disability Income Insurance: The Unique Risk*, Bryn Mawr, PA.
Sowik A. [2013], *Regres nietypowy – struktura prawna i znaczenie w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej,* „Wiadomości Ubezpieczeniowe", nr 3.
Sprawozdanie z działalności Komisji Nadzoru Finansowego w 2013 r. [2014], Warszawa.
Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2010 [2011], Warszawa.
Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2014 [2015], Warszawa.
Sprawozdanie z działalności Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych w 2013 r.
Stanowisko KNF w sprawie polityki dywidendowej zakładów ubezpieczeń i reasekuracji [2014].
Statut Polskiej Izby Ubezpieczeń (tekst jednolity) z dnia 2 lutego 2012 r.
Straub E. [1988], *Non-life Insurance Mathematics*, Berlin.
Stroiński E. [1996], *Ubezpieczenia na życie*, Warszawa.
Stroiński E. [2001], *Z problematyki ubezpieczeń zdrowotnych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe", nr 11–12.
Stroiński E. [2003], *Ubezpieczenia na życie – teoria i praktyka*, Warszawa.

Stroiński E. [2006], *Ubezpieczenia majątkowe i osobowe w rolnictwie*, Warszawa.
Stroiński E. [2010], *Wybrane zagadnienia zarządzania ryzykiem*, [w:] B. Hadyniak, J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa*, t. 1. *Podstawy*, Warszawa.
Strupczewski G. [2008], *Pojęcie i struktura procesu zarządzania ryzykiem ze szczególnym uwzględnieniem ryzyka katastroficznego*, [w:] W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku*, Prace Naukowe AE, nr 1197, Wrocław.
Strupczewski G. [2011], *Zastosowanie ubezpieczeniowych instrumentów pochodnych jako sposób alternatywnego transferu ryzyka katastroficznego*, Zeszyty Naukowe UE, Ser. Finanse, nr 875, Kraków.
Styś A. (red.) [2003], *Marketing usług*, Warszawa.
Sukiennik P. [2003], *Klauzule rozszerzające podstawowy zakres ubezpieczenia, cz.10. Klauzule budowlano-montażowe*, „Dziennik Ubezpieczeniowy", nr 792.
Sułkowska W. [2007], *Ubezpieczenia*, Kraków.
Sułkowska W. (red.) [2009], *Szanse i zagrożenia dla rynków ubezpieczeń w krajach Europy Środkowej i Wschodniej*, Studia i Prace UE, nr 7, Kraków.
Swacha-Lech M. [2014], *Bancassurance. Sprzedaż produktów bankowo-ubezpieczeniowych*, Warszawa.
Swiss Re [2010], *Insurance investment in a challenging global environment*, „Sigma", nr 5.
Sygit M. [2010], *Zdrowie publiczne*, Warszawa.
Szczęśniak M. [1993], *Historia ubezpieczeń w Polsce. U progu trzeciego stulecia ubezpieczeń*, Warszawa.
Szczęśniak M. [2003], *Zarys dziejów ubezpieczeń na ziemiach polskich*, Warszawa.
Szromnik A. [2001], *Rynek ubezpieczeniowy. Społeczne problemy kształtowania i funkcjonowania*, Kraków.
Szumlicz T. [2002], *Ubezpieczenia emerytalne w Unii Europejskiej*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia w Unii Europejskiej*, Warszawa.
Szumlicz T. [2005], *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*, Bydgoszcz–Warszawa.
Szumlicz T. [2007], *Atrybuty świadomości i przezorności ubezpieczeniowej*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe", z. 1.
Szumlicz T. [2010a], *Klasyfikacja ubezpieczeń*, [w:] J. Handschke, J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia. Podręcznik akademicki*, Warszawa.
Szumlicz T. [2010b], *System zabezpieczenia emerytalnego*, [w:] T. Szumlicz (red.), *Społeczne aspekty rozwoju rynku ubezpieczeniowego*, Warszawa.
Szumlicz T. [2011a], *Cel i finansowanie systemu zabezpieczenia emerytalnego*, [w:] K. Jajuga (red.) *Finanse – nowe wyzwania teorii i praktyki. Problemy wiodące*, Wrocław.
Szumlicz T. [2011b], *W sprawie kształtowania popytu na ochronę ubezpieczeniową*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe", nr 1.
Szumlicz T. [2015], *Ubezpieczenie w polityce społecznej. Teksty i komentarze*, Warszawa.
Szumlicz T., Więckowska B. [2005], *Metoda ubezpieczenia w systemie zabezpieczenia zdrowotnego – zakres i możliwości zastosowania*, [w:] T. Szumlicz (red.), *Społeczne aspekty ubezpieczenia*, Warszawa.
Szymański Ł. [2011], *Alternatywne metody rozpatrywania sporów na polskim rynku finansowym – stan obecny, perspektywy*, Warszawa.
Śliperski M. [2002], *Bancassurance: związki bankowo-ubezpieczeniowe*, Warszawa.
Śliwiński A. [2002], *Ryzyko ubezpieczeniowe. Taryfy – budowa i optymalizacja*, Warszawa.
Śliwiński A. [2004], *Insurance Company Financial Management by Optimising Premium Level*, Working Paper of School of Slavonic and East European Studies, nr 42, Londyn.
Śliwiński A. [2012], *Przestrzenne zróżnicowanie ryzyka ubezpieczeniowego a efektywność ubezpieczeń na życie*, Warszawa.
Tambor M. i in. [2010], *Diversity and dynamics of patient cost-sharing for physicians' and hospital services in the 27 European Union countries*, „European Journal of Public Health", t. 21, nr 5.
The Health Insurance Primer. An Introduction To How Health Insurance Works [2004], Washington DC.
The world health report: health systems financing: the path to universal coverage [2010], WHO.
Thiel S. [2010], *Rynek kapitałowy i terminowy*, Warszawa.
Thlon M. [2011], *Techniki redukcji ryzyka operacyjnego*, Zeszyty Naukowe UE, Ser. Finanse, nr 875, Kraków.

Thomson S. [2010], *What Role for Voluntary Health Insurance*, [w:] J. Kutzin, C. Cashin, M. Jakab (red.), *Implementing Health Financing Reform. Lessons from Countries in Transition*, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO.

Tripp M.H. i in. [2004], *Quantifying Operational Risk in General Insurance Companies*, „British Actuarial Journal", t. 10.

Tymowska K. [2005], *Opieka zdrowotna: korzystanie, finansowanie, bariery dostępu i opinie społeczne,* [w:] J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków,* Warszawa.

Ubezpieczenia komunikacyjne w latach 2005–2009 [2010], Wspólny Raport Urzędu Komisji Nadzoru Finansowego (UKNF) i Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego (UFG), www.ufg.gov.pl.

Ubezpieczenia komunikacyjne w Polsce w latach 2006–2008 [2010], Komisja Ubezpieczeń Komunikacyjnych (PIU), Warszawa, www.piu.org.pl.

UNISDR *Terminology on Disaster Risk Reduction* [2009], Geneva, www.unisdr.org (dostęp 04.03.2014).

Uruszczak W. [1994], *Umowa ubezpieczenia*, [w:] *Prawo umów w obrocie gospodarczym,* Kraków.

Uruszczak W. [2006], *Umowy w zakresie ubezpieczeń*, [w:] S. Włodyka (red.), *Prawo umów handlowych*, Warszawa.

Vance W. [1951], *Handbook of the Law of Insurance*, St. Paul.

Vaughan E.J. [1997], *Risk Management*, Nowy Jork.

Vaughan E.J. [1996], *Fundamentals of Risk and Insurance*, 7th ed., Nowy Jork.

Vaughan E.J., Vaughan T.M. [2003], *Fundamentals of Risk and Insurance*, Nowy Jork.

Waldendorfer C. [2010], *Kabotaż ubezpieczony*, www.log24.pl; http://www.log24.pl/artykuly/kabotaz-ubezpieczony,268.

Wanat S. [2014], *Ocena efektu dywersyfikacji ryzyka w Solvency II – aspekt metodyczny i praktyczny*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe", nr 3.

Warkałło W., Marek W., Mogilski W. [1983], *Prawo ubezpieczeniowe*, Warszawa.

Wartini J. [2011], *Aspekty jakościowe modeli wewnętrznych w badaniu QIS5*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe", nr 2.

Wawszczak P. [2013], *W poszukiwaniu miejsca w systemie – czyli o statusie Rzecznika Ubezpieczonych*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe", nr 15.

Wąsiewicz A. [2002], *Umowa ubezpieczenia*, Bydgoszcz–Poznań.

Wąsiewicz A. (red.) [1997], *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, t. 3, Bydgoszcz.

Wędzki D. [2000], *Teoria zintegrowanego zarządzania kredytem handlowym w przedsiębiorstwie*, Kraków.

Wędzki D. [2002], *Strategie płynności finansowej przedsiębiorstwa*, Kraków.

Wieniecki I.G. [1986], *Metody probabilistyczne w demografii*, Warszawa.

Wieteska S. [2004], *Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe zakładów ubezpieczeń majątkowo-osobowych*, Bydgoszcz–Łódź.

Więckowska B. [2006], *Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Polsce, cz. 1*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" , nr 3/4.

Więckowska B. [2013a], *Dezaktywizacyjna funkcja świadczeń emerytalnych dla rencistów – możliwe kierunki działań*, [w:] W. Sułkowska (red.), *Rynek ubezpieczeń: współczesne problemy*, Warszawa.

Więckowska B. [2013b], *Źródła dochodów a składowanie na ubezpieczenia społeczne*, [w:] *Równowaga ekonomiczna systemów emerytalnych*. Materiały z seminariów ZUS (3), Warszawa.

Więckowska B., Osak M. [2010], *Potencjał prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako źródła finansowania opieki zdrowotnej w Polsce*, [w:] W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia emerytalne, społeczne i metody aktuarialne*, Prace Naukowe UE, nr 106, Wrocław.

Więckowska B., Szwałkiewicz E. [2011], *Usługi społeczne w opiece długoterminowej*, [w:] M. Grewiński, B. Więckowska (red.), *Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce*, Warszawa.

Willet A.H. [1951], *The Economic Theory of Risk and Insurance*, Filadelfia.

Williams A. [2005], *The pervasive role of ideology in the optimization of the public-private mix in public healthcare systems*, [w:] A. Maynard (red.), *The public-private mix for health*, Abingdon.

Williams C.A. Jr, Heins R.M. [1989], *Risk Management and Insurance*, Nowy Jork.

Williams C.A. Jr, Smith M.L., Young P.C. [2002], *Zarządzanie ryzykiem a ubezpieczenia*, Warszawa.

Wyrobek J. [2010], *Banki na rynku instrumentów pochodnych i aktywów sekurytyzowanych*, [w:] E. Miklaszewska, *Bank na rynku finansowym – problemy skali, efektywności i nadzoru*, Warszawa.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 roku (sygn. akt K 14/03), http://otk.trybunal.gov.pl/orzeczenia/ezd/sprawa_lista_plikow.asp?syg=K%2014/03 (dostęp 08.11.2014).

Zaleska M. (red.) [2007], *Współczesna bankowość*, t. I, Warszawa.

Znaniecka K. [2006], *Pozytywne aspekty ubezpieczenia gospodarczego działalności przedsiębiorstwa,* [w:] M. Kuchlewska (red.), *Szkice o ubezpieczeniach*, Zeszyty Naukowe AE, nr 75, Poznań.

Żemojda M., Płatkowska-Kułaj A., Kowalski M. [2003], *Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Komentarz*, Warszawa.

Żukowski M. [1997], *Wielostopniowe systemy zabezpieczenia emerytalnego w Unii Europejskiej i w Polsce. Między państwem a rynkiem*, Poznań.

Żukowski M. [2006], *Reformy emerytalne w Europie*, Poznań.

Akty prawne

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2002/92/WE z dnia 9 grudnia 2009 r. w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego (Dz.Urz. UE L Nr 9 z 15.01.2003).

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) zmieniająca dyrektywy 2003/71/WE i 2009/138/WE w zakresie uprawnień Europejskiego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych oraz Europejskiego Urzędu Nadzoru Giełd i Papierów Wartościowych (COD 2011/0006) – Dyrektywa Omnibus II.

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/103/WE z dnia 16 września 2009 r. w sprawie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z ruchem pojazdów mechanicznych i egzekwowania obowiązku ubezpieczania od takiej odpowiedzialności (wersja ujednolicona).

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wypłacalność II) (wersja przekształcona) (Tekst mający znaczenie dla EOG) (Dz.U. L Nr 335 z 17.12.2009).

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/4/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dyrektywa „Pacjenci bez granic").

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/51/UE z dnia 16 kwietnia 2014 r. zmieniająca dyrektywy 2003/71/WE i 2009/138/WE oraz rozporządzenia (WE) nr 1060/2009 (UE) nr 1094/2010 i (UE) nr 1095/2010 w zakresie uprawnień Europejskiego Urzędu Nadzoru (Europejskiego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych) oraz Europejskiego Urzędu Nadzoru (Europejskiego Urzędu Nadzoru Giełd i Papierów Wartościowych).

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady Europy z dnia 9 grudnia 2002 r. w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego – OJEC, z dnia 10.01. 2003 r. (Dz.Urz. UE L 9/3).

Dyrektywa Rady z dnia 24 lipca 1973 r. w sprawie koordynacji ustaw, rozporządzeń i przepisów administracyjnych, dotyczących podejmowania i prowadzenia bezpośredniej działalności ubezpieczeniowej (z wyjątkiem ubezpieczeń na życie).

Dyrektywa Rady z dnia 5 marca 1979 r. w sprawie koordynacji ustaw, rozporządzeń i przepisów administracyjnych, dotyczących podejmowania i prowadzenia działalności w dziedzinie ubezpieczeń na życie.

Dyrektywa z dnia 28 czerwca 1988 r. w sprawie koordynacji przepisów, dotyczących świadczenia usług w zakresie ubezpieczeń nie na życie.

Dyrektywa z dnia 8 listopada 1990 r. w sprawie koordynacji przepisów, dotyczących bezpośrednio ubezpieczeń na życie w celu ułatwienia korzystania ze swobody świadczenia usług.

Dyrektywa Rady 92/49/EWG z dnia 18 czerwca 1992 r. w sprawie ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie.

Dyrektywa z dnia 18 czerwca 1992 r. w sprawie koordynacji prawa, rozporządzeń i przepisów administracyjnych, odnoszących się do ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie.

Dyrektywa z dnia 10 listopada 1992 r. w sprawie koordynacji prawa, rozporządzeń i przepisów administracyjnych, odnoszących się do ubezpieczeń bezpośrednich na życie oraz zmieniającą dyrektywy 79/267/EEC i 90/619/EEC.

Dziennik Urzędowy Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 19 października 2012 r., poz. 17, w sprawie wysokości obowiązujących bazowych wartości kwot KG1, KG2, KG3, KGR1, KGR2, T1 i T2 dla zakładów ubezpieczeń.

MSR 1 *Prezentacja sprawozdań finansowych*, rozporządzenie Komisji (UE) nr 149/2011 z dnia 18 lutego 2011 r. zmieniające rozporządzenie Komisji (WE) nr 1126/2008 przyjmujące określone Międzynarodowe Standardy Rachunkowości (WE) nr 1606/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady w odniesieniu do Międzynarodowych Standardów Sprawozdawczości Finansowej (MSSF).

MSSF 4 *Umowy ubezpieczenia*, rozporządzenie Komisji (WE) nr 1165/2009 z dnia 27 listopada 2009 r. zmieniające (WE) nr 1126/2008 przyjmujące określone międzynarodowe standardy rachunkowości zgodnie z rozporządzeniem (WE) nr 1606/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady w odniesieniu do Międzynarodowych Standardów Sprawozdawczości Finansowej MSSF 4 i MSSF 7.

Ogłoszenie z dnia 29 września 2009 r. w sprawie wysokości obowiązujących bazowych wartości kwot KG1, KG2, KG3 służących do określenia minimalnej wysokości kapitału gwarancyjnego oraz kwot T1, T2 wykorzystywanych przy wyliczeniu marginesu wypłacalności (Dz.Urz. KNF z dnia 9 października 2009 r., Nr 5, poz. 20).

Ogłoszenie z dnia 10 października 2012 r. w sprawie wysokości obowiązujących bazowych wartości kwot KGR1, KGR2 i KGR3 dla zakładów reasekuracji (Dz.Urz. KNF z dnia 19 października 2012 r., poz. 18).

Rozporządzenie delegowanej Komisji (UE) 2015/35 z 10 października 2014 r. uzupełniające dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wypłacalność II), (Dz.U. L. 12/1 z 17.01.2015).

Rozporządzenie Komisji (WE) nr 1857/2006 w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej w odniesieniu do pomocy państwa dla małych i średnich przedsiębiorstw.

Rozporządzenie Komisji (UE) nr 702/2014 z dnia 25 czerwca 2014 r. uznające niektóre kategorie pomocy w sektorach rolnym i leśnym oraz na obszarach wiejskich za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej.

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 listopada 2003 r. w sprawie sposobu wyliczenia wysokości marginesu wypłacalności oraz minimalnej wysokości kapitału gwarancyjnego dla działów i grup ubezpieczeń (Dz.U. Nr 211, poz. 2060).

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 2 października 2009 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu wyliczenia wysokości marginesu wypłacalności oraz minimalnej wysokości kapitału gwarancyjnego dla działów i grup ubezpieczeń (Dz.U. Nr 172, poz. 1337).

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 2 października 2009 r. w sprawie sposobu wyliczenia wysokości marginesu wypłacalności zakładów reasekuracji oraz minimalnej wysokości kapitału gwarancyjnego dla rodzajów reasekuracji (Dz.U. Nr 16, poz. 1330).

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz.U. Nr 226, poz. 1825 ze zm.).

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu wyliczenia wysokości marginesu wypłacalności oraz minimalnej wysokości kapitału gwarancyjnego dla działów i grup ubezpieczeń (Dz.U. Nr 226, poz. 1822).

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 8 września 2010 r. w sprawie wniosków o wpis albo zmianę wpisu do rejestru agentów ubezpieczeniowych (Dz.U. Nr 173, poz. 1170).

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 27 lutego 2015 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania czynności agencyjnych (Dz.U. z 2015 r., poz. 276).

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz.U. z 2016 r., poz. 562).

Rozporządzenie Ministra Gospodarki z dnia 19 grudnia 2014 r. w sprawie maksymalnego procentowego udziału składników pochodzenia zagranicznego w przychodzie netto z realizacji kontraktu

eksportowego oraz rodzaju dowodów, na podstawie których ustala się pochodzenie produktu lub usługi (Dz.U. poz. 1978).
Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1305/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie wsparcia rozwoju obszarów wiejskich przez Europejski Fundusz Rolny na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich (EFRROW) i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1698/2005.
Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 23 grudnia 1927 r. o przymusie ubezpieczenia od ognia i o Powszechnym Zakładzie Ubezpieczeń Wzajemnych (Dz.U. Nr 46, poz. 410).
Rozporządzenie Rady (WE) nr 73/2009 z dnia 19 stycznia 2009 r. ustanawiające wspólne zasady dla systemów wsparcia bezpośredniego dla rolników w ramach wspólnej polityki rolnej i ustanawiające określone systemy wsparcia dla rolników, zmieniające rozporządzenia (WE) nr 1290/2005, (WE) nr 247/2006, (WE) nr 378/2007 oraz uchylające rozporządzenie (WE) nr 1782/2003.
Rozporządzenie wykonawcze Komisji (EU) 2015/79 z 18 grudnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie wykonawcze (UE) nr 680/2014 ustanawiające wykonawcze standardy techniczne dotyczące sprawozdawczości nadzorczej instytucji zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 575/2013 w odniesieniu do obciążenia aktywów, jednolitego modelu punktów danych i zasad walidacji (Dz.U. L 14/1 z 21.01.2015).
Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 680/2014 z 16 kwietnia 2014 r. ustanawiające wykonawcze standardy techniczne dotyczące sprawozdawczości nadzorczej instytucji zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 575/2013 (Dz.U. L 191 z 28.06.2014).
Uchwała nr 5/11 Komitetu Standardów Rachunkowości z dnia 10 maja 2011 r. w sprawie przyjęcia poprawionego krajowego standardu rachunkowości nr 1 *Rachunek przepływów pieniężnych*.
Uchwała nr 183/2014 KNF z dnia 24 czerwca 2014 r., https://www.knf.gov.pl/Images/Rekomendacja_U_tem75-38338.pdf.
Uchwała nr 184/2014 KNF z dnia 24 czerwca 2014 r., https://www.knf.gov.pl/Images/Wytyczne_dystrybucja_ubezpieczen_24-0-14_tem75-38337.pdf.
Ustawa z dnia 23 czerwca 1921 r. o przymusie ubezpieczenia od ognia i o Powszechnym Zakładzie Ubezpieczeń Wzajemnych (Dz.U. Nr 46, poz. 410).
Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2014 r., poz. 121).
Ustawa z dnia 2 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2014 r., poz. 1502, 1662).
Ustawa z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2003 r., Nr 153, poz. 1503 ze zm.).
Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. z 2013 r., poz. 330, 613, z 2014 r., poz. 768, 1100, z 2015 r., poz. 4).
Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm.).
Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych (Dz.U. Nr 133, poz. 884).
Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Prawo bankowe (t.j. Dz.U. z 2002 r. Nr 124, poz. 1154).
Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2013 r., poz. 1442 ze zm.).
Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2013 r., poz. 440).
Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2014 r., poz. 159).
Ustawa z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz.U. z 2013 r., poz. 1030 ze zm).
Ustawa z dnia 18 września 2001 r. – Kodeks morski (Dz.U. Nr 138, poz. 1545 z późn. zm.).
Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. z 2009 r. Nr 167, poz. 1322 ze zm.).
Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 950, 1289).
Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (Dz.U. Nr 124, poz. 1153, ze zm.).
Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz.U. Nr 124, poz. 1154 ze zm.).
Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (t.j. Dz.U. z 2013 r., poz 392 ze zm.).
Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. Nr 19, poz. 177 ze zm.).

Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o pracowniczych programach emerytalnych (Dz.U. z 2014 r., poz. 710).
Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. Nr 173, poz. 1807 ze zm.).
Ustawa z dnia 30 lipca 2004 r. o uposażeniu posłów do Parlamentu Europejskiego wybranych w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. Nr 187, poz. 1925 ze zm.).
Ustawa z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym (Dz.U. Nr 157, poz. 1119 ze zm.).
Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz.U. Nr 237, poz. 1656).
Ustawa z dnia 9 maja 2014 r. o ułatwianiu dostępu do wykonywania niektórych zawodów regulownych (Dz.U. z 2014 r., poz. 768).
Ustawa z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1491).
Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz.U. z 2015 r., poz. 892).
Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r., poz. 1844).
Załącznik 1 do obwieszczenia Ministra Finansów z dnia 20 czerwca 2007 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu statutu Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.
Załącznik do obwieszczenia Ministra Finansów z dnia 28 marca 2014 r. w sprawie ogłoszenia statutu Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego.
Załącznik do uchwały nr 300/2015 Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 7 lipca 2015 r. (poz. 43).
Zarządzenie Prezesa NFZ nr 83/2010/DSS z dnia 21.12.2010 r. w sprawie okresu ważności Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego wydawanej na pobyt czasowy w związku z wyjazdem turystycznym.

Indeks

Agencje kredytów eksportowych (Export Credit Agencies – ECA's) 381–408
Agent ubezpieczeniowy 126–144
Aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych 231–239
All risks 344–349
Alternatywny transfer ryzyka 441–461

Bancassurance 126–144
Baza OI UFG 105–125
Beneficjent 381–408
BION 105–125
Broker ubezpieczeniowy 126–144

CAR 429–440
Czynności agencyjne 126–144
– brokerskie 126–144
Czyste straty 349–361

Demutualizacja 89–104
Dodatek dla sieroty zupełnej 505–532
Dodatek pielęgnacyjny 505–532

EAR 429–440
Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego 533–542

Finansowanie kapitałowe 482–504
– repartycyjne 482–504
Fundusz emerytalny w FUS 482–504
– Ubezpieczeń Społecznych (FUS) 482–504
Fundusze nadwyżkowe 201–220
Funkcja regulacyjno-ostrożnościowa organu nadzoru 105–125
Funkcje finansowe ubezpieczeń 45–52
Futures katastroficzny 441–461

Gwarancja kontraktowa 381–408
– ochrony ubezpieczeniowej 11–20
– ubezpieczeniowa 381–408
Gwarant 381–408

Indywidualne Konto Emerytalne (IKE) 482–504
– – Zabezpieczenia Emerytalnego (IKZE) 482–504
Instrumenty zarządzania ryzykiem w rolnictwie w ramach WPR 409–428

Jakość produktu ubezpieczeniowego 462–466
Jednorazowe odszkodowanie 505–532

Kapitał zakładowy 201–220
Kapitałowy system emerytalny 482–504
– wymóg wypłacalności 201–220
Klauzule gwarancyjne 381–408
Koasekuracja 239–254
Komisja Nadzoru Finansowego 105–125
Kompetencje agentów i brokerów 126–144
Konsumpcja sumy ubezpieczenia 344–349
Koszty ubezpieczenia 462–466
Koszyk świadczeń gwarantowanych 533–542
Kredyt kupiecki (handlowy) 381–408

Limit automatyczny (ryczałtowy) 381–408
– indywidualny 381–408

– ubezpieczeniowy 381–408
LTV 381–408

Mała spółka akcyjna 89–104
Małe towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych 89–104
Metody tworzenia rezerw techniczno-ubezpieczeniowych 221–230
MI 381–408
Minimalny wymóg kapitałowy 201–220
Modele ubezpieczeń na życie 278–317

Należności przeterminowane 381–408
Named perils 344–349
Narodowy Fundusz Zdrowia 533–542
Nieszczęśliwy wypadek 325–343
Niewypłacalność prawna 381–408
– zakładów ubezpieczeń 105–125
Normy etyczne pośredników ubezpieczeniowych 126–144

Obligacje katastroficzne 441–461
OC rolnika 409–428
Ochrona interesów nieprofesjonalnych uczestników sektora ubezpieczeń 105–125
– ubezpieczeniowa 45–52
Odpowiedzialność cywilna 349–361
– deliktowa 349–361
– kontraktowa 349–361
– przewoźnika 429–440
– solidarna 105–125
Ogólne warunki ubezpieczenia 53–73
Organ odszkodowawczy 105–125
Ośrodek informacji dla transgranicznych zdarzeń drogowych 105–125
Otwarty Fundusz Emerytalny (OFE) 482–504

Pełność ochrony ubezpieczeniowej 11–20
Plany emerytalne 21–44
Płynność finansowa 254–276
Podmioty w stosunku ubezpieczenia 53–73
Polityka inwestycyjna 231–239
– zaniżania/zawyżania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych 221–230
Polska Izba Ubezpieczeń 105–125
Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych 105–125
Pool ubezpieczeń 441–461
Portfel inwestycyjny 231–239
Pośrednictwo ubezpieczeniowe 126–144
Potrzeba ubezpieczeniowa 75–88
Powszechne Towarzystwo Emerytalne (PTE) 482–504
– ubezpieczenie zdrowotne 533–542
Pracowniczy Program Emerytalny (PPE) 482–504
Prewencja 45–52
Produkt ubezpieczeniowy 75–88
Proporcja 344–349
Prywatne ubezpieczenia zdrowotne 21–44
Przedmiot ubezpieczenia 319–324
Przewlekła zwłoka 381–408
Publiczne ubezpieczenia zdrowotne 21–44

Realność ochrony ubezpieczeniowej 11–20
Reasekuracja 239–254
– bierna 239–254
– czynna 239–254
– finansowa 239–254
– nieproporcjonalna 239–254
– proporcjonalna 239–254
Rekomendacje 126–144
Renta rodzinna 505–532
– szkoleniowa 505–532
– z tytułu niezdolności do pracy 505–532
Rentowność 254–276
Renty życiowe 21–44
Repartycyjny system emerytalny 482–504
Rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe dla celów rachunkowości 221–230
– ––– – – wypłacalności 221–230
Rynek ubezpieczeń w ujęciu makro- i mikroekonomicznym 75–88
Ryzyko 11–20
– choroby 325–343
– czyste 11–20
– handlowe 381–408
– inwestycyjne 231–239
– kredytowe 201–220
– nierynkowe 381–408
– polityczne 381–408
– produkcji 381–408
– rynkowe 201–220, 381–408
– socjalne i jego rodzaje 21–44
– spekulatywne 11–20
– społeczne 467–481
– starości 482–504
– w ubezpieczeniach na życie 278–317
Rzecznik Finansowy 105–125

Sekurytyzacja 441–461
Składka emerytalna 482–504
– w ubezpieczeniach na życie 278–317

Sprawozdawczość finansowa 254–276
Stosunek ubezpieczenia 53–73
Swap katastroficzny 441–461
Swoboda świadczenia usług 75–88
System emerytalny (system zabezpieczenia emerytalnego) 482–504
– – o zdefiniowanej składce 482–504
– – – zdefiniowanym świadczeniu 482–504
Szkoda 53–73
Szkody na osobie 349–361
– rzeczowe 349–361
Środki własne zakładu ubezpieczeń 201–220
Świadczenie rehabilitacyjne 505–532
– ubezpieczeniowe 53–73
Świadomość ubezpieczeniowa 75–88

Tablice trwania życia 278–317
Towarzystwo reasekuracji wzajemnej 89–104
– ubezpieczeń wzajemnych 89–104
Trigger 349–361
Trwały uszczerbek na zdrowiu 325–343

Ubezpieczenia adresowane do firm 21–44
– adresowane do osób fizycznych 21–44
– chorobowe 21–44
– dobrowolne w rolnictwie 409–428
– dotowane 409–428
– finansowe 21–44
– gwarantowane przez Skarb Państwa 45–52
– indywidualne i grupowe 21–44
– majątkowe 21–44
– majątkowe 319–324
– na życie 278–317
– – – o charakterze inwestycyjnym 21–44
– – – – – ochronnym 21–44
– obowiązkowe 21–44
– – w rolnictwie 409–428
– od następstw nieszczęśliwych wypadków 21–44
– odpowiedzialności cywilnej 21–44
– osobowe 21–44
– pozostałe osobowe 319–324
– rentowe z odroczonym terminem płatności 482–504
– rentowe ze składki jednorazowej (kapitałowej) 482–504
– społeczne 505–532
– upraw 409–428
– zwierząt gospodarskich 409–428
Ubezpieczenie 11–20
– budynków w gospodarstwach rolnych 409–428
– cargo 429–440
– casco 429–440
– chorobowe 505–532
– ciężkich chorób 325–343
– katastroficzne 441–461
– komercyjne 89–104
– kontraktu eksportowego 381–408
– kosztów leczenia 325–343
– kredytu 381–408
– – krajowego 381–408
– na wypadek niezdolności do pracy 325–343
– pobytu w szpitalu 325–343
– rentowe 482–532
– społeczne 21–44, 467–481
– wypadkowe 505–532
– wzajemne 89–104
– z gwarancjami Skarbu Państwa 381–408
Ubezpieczeniowa spółka akcyjna 89–104
Ubezpieczeniowe produkty komplementarne 45–52
– – substytucyjne 45–52
– – suplementarne 45–52
Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny 105–125
Umowa ubezpieczenia 53–73
Umowy reasekuracji fakultatywne i obligatoryjne 239–254

Waloryzacja emerytur 482–504
Wartość przedmiotu ubezpieczenia 319–324
– rezerw techniczno-ubezpieczeniowych 221–230
Warunki ubezpieczalności ryzyka 11–20
Wskaźnik operacyjny 254–276
– szkodowości 254–276
Wskaźniki współzależności 254–276
Współpłacenie 533–542
Wypadek ubezpieczeniowy 53–73
Wypłacalność zakładu ubezpieczeń 201–220, 254–276
Zabezpieczenie społeczne 21–44, 467–481
Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) 482–504
Zarządzanie ryzykiem 462–466
– – katastroficznym 441–461
Zasada ryzyka 349–361
– winy 349–361
Zasiłek chorobowy 505–532
– macierzyński 505–532
– opiekuńczy 505–532
– pogrzebowy 505–532
– wyrównawczy 505–532
Zintegrowane zarządzanie ryzykiem 239–254
Zobowiązany 381–408
Związek wzajemności członkowskiej 89–104

Autorzy publikacji są doświadczonymi nauczycielami akademickimi, którzy od wielu lat prowadzą wykłady z przedmiotu Ubezpieczenia na różnych kierunkach studiów ekonomicznych. Książka uwzględnia najnowsze koncepcje i rozwiązania, rynek ubezpieczeniowy jest bowiem niezwykle dynamiczny – zmieniają się przepisy prawa, zmienia się otoczenie, pojawiają się nowe technologie, nowe usługi finansowe, zmianom podlegają procesy demograficzne, a to wszystko ma wpływ na powstawanie nowych zagrożeń i nowych kategorii ryzyka, co z kolei pobudza zapotrzebowanie na nowe produkty ubezpieczeniowe.

Konstrukcja książki jest przejrzysta i logiczna oraz adekwatnie dostosowana do prezentowanych zagadnień. Stanowi zwartą całość i jest podporządkowana konsekwentnemu dążeniu do osiągnięcia postawionych celów. Książka reprezentuje wysoki poziom naukowy i stanowi cenny wkład w rozwój myśli ubezpieczeniowej. Jest dziełem wybitnym i wysokiej klasy podręcznikiem akademickim. Adresowana jest więc do studentów studiów ekonomicznych oraz prawnych, a także ekonomistów, finansistów, ubezpieczeniowców oraz innych osób zainteresowanych problematyką ubezpieczeniową.

Prof. dr hab. Kazimierz Ortyński
UTH w Radomiu

Podręcznik powstał w odpowiedzi na potrzeby środowiska akademickiego i z inspiracji Komitetu Nauk o Finansach PAN. Twórcy podręcznika to międzyuczelniany zespół autorski złożony z pracowników naukowo-dydaktycznych, przeważnie zatrudnionych w katedrach ubezpieczeń.

www.ksiegarnia.beck.pl tel. 22 31 12 222 fax 22 33 77 601

Podręcznik
rekomendowany
przez
Komitet Nauk o Finansach PAN